CENA 40 ZŁ.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 1 (XII) Październik 1948 Nr 1



WYDAWNICTWO ZARZĄDU GŁÓWNEGO POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA

Okładkę projektowali: J. Mucharski i M. Smorońska.

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1 wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko; adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy zaopatrzyć w dokładny opis; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek stylistycznych, bez porozumienia z autorem.

Do Koleżanek Pielęgniarek

STRASZLIWA wojna, jaką przeżyliśmy, zdziesiątkowała szeregi fachowych pracowników Służby Zdrowia. W krwawej naszej walce z okupantem hitlerowskim pielęgniarki były zawsze w pierwszych szeregach. Straty liczbowe jakie poniósł zawód pielęgniarski są bardzo wielkie. Na uszczuplone zastępy tych, które pozostały, spadło ciężkie ale i zaszczytne zarazem brzemię pracy przy Odbudowie Polskiej Służby Zdrowia wespół z pokrewnymi zawodami. Lata wojny i okupacji sprawiły, wobec utrudnionego dostępu do książki i nauki, że poziom wiedzy fachowej musiał się z konieczności obniżyć.

Dziś musimy wszyscy odrabiać lata stracone na zmagania z wrogiem.

Wszyscy uczymy się i przeszkalamy, aby dogonić stracony czas, aby uzupełnić nasze wiadomości fachowe nowymi zdobyczami wiedzy medycznej.

Temu właśnie celowi pogłębienia wiedzy pielęgniarskiej służyć ma wznowione wydawnictwo „Pielęgniarka Polska“, pismo o pięknej wieloletniej tradycji i wielkich zasługach na niwie szkoleniowej.

Zarząd Główny Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia R. P. wespół z Polskim Czerwonym Krzyżem przystąpił do wydawania miesięcznika „Pielęgniarka Polska“, powołując do szerokiego grona współredaktorów szereg osób spośród członków dawnego Komitetu Redakcyjnego, nawiązując w ten sposób łączność z pięknymi tradycjami pisma.

Zawód pielęgniarski jest jednym z ważniejszych filarów, na jakich opiera się gmach Publicznej Służby Zdrowia.

Ciężki to zawód, ale i zaszczytny zarazem.

Nie darmo nazywa się pielęgniarki cichymi, bezimiennymi bohaterkami, walczącymi o zdrowie społeczeństwa w szpitalach, poradniach przeciwgruźliczych, przeciwjagliczych, przeciwwenerycznych, instytucjach epidemiologicznych, żłobkach, domach matki i dziecka.

Sam już charakter pracy pielęgniarskiej, jako pracy pomocniczej sprawia, iż ta tak ważna i niezbędna w zespołowej pracy leczniczej postać pozostaje raczej w cieniu. W opinii chorego często lekarz wydaje mu się tym pierwszym i jedynym, który trzyma losy jego w ręku. Niefachowiec nie jest w stanie ocenić w całej pełni roli pielęgniarki przy łóżku chorego. Pielęgniarka jest najważniejszym pomocnikiem lekarza. Dobre wyniki leczenia zależą w takim samym stopniu od trafnej diagnozy i dobrej techniki operatora, co od troskliwej i fachowej pielęgnacji. Wysiłki najwybitniejszych lekarzy idą na marne, jeśli nie mają oni w swym zespole szpitalnym wyszkolonych pielęgniarek i żaden lekarz nie zgodzi się w wypadku cięższego zabiegu leczniczego współpracować z niewyszkoloną pomocnicą.

Sam charakter pracy pielęgniarek musi pociągać za sobą czynny ich udział w życiu społecznym.

Już choćby z liczby poległych pielęgniarek czy to w 1939 roku, czy w partyzantce, czy w powstaniu warszawskim, czy na bohaterskim szlaku Lenino - Berlin, czy w 1943 roku w walkach getta warszawskiego — widać jak wielki jest wkład zawodu pielęgniarskiego w walkę o wolność narodu.

Dziś to szczupłe grono, przerzedzone przez okupanta hitlerowskiego, staje do Odbudowy Publicznej Służby Zdrowia.

Służba Zdrowia Polski Demokratycznej obejmuje pomocą leczniczą szerokie rzesze ludzi pracy.

Wielkie są nasze zadania a szczupłe kadry fachowe. Musimy pracować za siebie i za tych, którzy swoją śmiercią okupili naszą wolność — zanim nowe kadry wyuczone w nowych szkołach nie przyjdą nas odciążyć.

W Polsce Demokratycznej leczenie przestało być przywilejem bogaczy. Państwo Socjalistyczne, którego budowę rozpoczęliśmy, zapewni pełną opiekę leczniczą wszystkim ludziom pracy.

Przed wszystkimi pracownikami Służby Zdrowia stoi wielkie zadanie zorganizowania i poprowadzenia sieci nowych szpitali, Ośrodków Zdrowia, Domów Matki i Dziecka, żłobków. Wszystkie te instytucje opierają się w lwiej części na pracy pielęgniarek.

Sumienna, dobrze wyszkolona i uspołeczniona pielęgniarka — to dobra i sprawna Służba Zdrowia.

Zarząd Główny Zw. Zaw. Prac. Służby Zdrowia R. P. oddając razem z Polskim Czerwonym Krzyżem czasopismo „Pielęgniarka Polska“ w ręce Koleżanek - Pielęgniarek życzy Wam pełnego wykorzystania łamów Waszego pisma dla dźwignięcia kwalifikacji fachowych ogółu pielęgniarskiego na najwyższy poziom.

DR JAN RUTKIEWICZ

Przewodniczący Zarządu Głównego Związku Zawodowego Procowników Służby Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej

ZDAWIEN dawna pielęgniarstwo było zawodem z powołania tj. pracą, wymagającą pewnych właściwości etycznych pracownika, pracą, którą można wykonywać dla niej samej, dla celu społecznego, któremu służy.

Również i dziś śmiało można powiedzieć, że z dwu szpitali wyniki pielęgnowania będą lepsze w tym, gdzie personel wykazuje większe uspołecznienie i wyższy poziom etyczny pod każdym względem, a zwłaszcza pod względem obowiązkowości i sumienności w pracy, karności, prawdomówności, poczucia odpowiedzialności, rozumnej koleżeńskości i zgodnego współżycia oraz, co najważniejsze, humanitarnego stosunku do chorych.

Ale samo nastawienie społeczno-etyczne nie wystarcza. Pielęgniarka musi być do swej pracy przygotowana tj. nauczyć się wykonywania różnych zabiegów pielęgniarskich oraz umiejętności obserwowania chorych, a przede wszystkim myśleć przy łóżku chorego, gdyż w pracy pielęgniarskiej cenną jest zarówno czynność techniczna, jak i praca myślowa, wywołująca i kontrolująca tę czynność: ręce pielęgniarki są wykonawczyniami jej myśli.

Mniej erudycji, czyli mniej różnych powierzchownych wiadomości, więcej myśli i więcej serca — oto czego potrzeba pielęgniarce.

Pielęgniarka powinna być nie tylko przygotowana do swego zawodu, lecz następnie sama powinna dążyć stale do ciągłego doskonalenia i dokształcania: doskonałość zawodowa należy do obowiązków etycznych pielęgniarki, gdyż najwyższy cel zawodu wymaga, aby opieka nad chorym i udzielana mu pomoc były jak najlepsze.

Jednym ze środków dokształcania jest czytanie pism fachowych.

Życzę, żeby wznowiona „Pielęgniarka Polska“ przyczyniła się do tego, aby nasze pielęgniarki dokształcały się pod względem technicznym i społeczno-etycznym, nauczyły się czuć i myśleć społecznie, udoskonaliły w sobie najistotniejszą cechę pielęgniarską — którą tak pięknie nazwał St. Żeromski „c z u j ą c y m w i d z e n i e m“.

Prof. Dr Wl. Szenajch

DR MARCIN KACPRZAK
*Profesor Higieny
Uniwersytetu Warszawskiego*

NASZE WYTYCZNE

DOKONANE w okresie powojennym, zmiany ustrojowe, umożliwiają nam wkroczenie na drogę realizacji powszechnej opieki lekarskiej.

Uzasadnienie potrzeby otoczenia pełną opieką lekarską całej ludności bez wyjątku wydaje się zbyteczne. Zdrowie przestało być sprawą prywatną jednostki i stało się zagadnieniem państwowym. W przyszłości prawo do zdrowia winno być zagwarantowane konstytucyjnie każdemu obywatelowi podobnie, jak prawo do pracy, do oświaty i do podstawowych swobód obywatelskich. Opieka lekarska musi objąć ogół nawet z racji wymagań nauki, bo tylko w zorganizowanej opiece lekarskiej, obejmującej duże masy ludności, można mówić o wczesnym lecznictwie, o wykrywaniu stanów przedchorobowych, o prawdziwej medycynie zapobiegawczej, o leczeniu opartym na rzeczywistych podstawach naukowych.

Realizacja jednak tego elementarnego prawa współczesnego obywatela napotyka na duże trudności. Tym się też tłumaczy, że ideał ten, przyświecający umysłom przodującym w medycynie od szeregu lat, tak powoli wchodzi w życie. Nie wątpliwości co do samej sprawy lecz trudności techniczne nie pozwoliły dotad na wprowadzenie w życie tego ideału, nad którym nie przestajemy konkretnie zastanawiać się i radzić co najmniej od chwili wybuchu wojny.

Wydaje się, iż obecnie jesteśmy w przededniu radykalnych posunięć, zmierzających do upowszechnienia opieki lekarskiej. Warto się więc zastanowić, dokąd i po jakiej drodze zmierzamy.

Kiedy mówimy o powszechnej opiece lekarskiej, mamy na myśli zapewnienie każdemu obywatelowi zdrowych warunków bytowania (mieszkanie, odżywianie, cała higiena otoczenia), stworzenie najbardziej pomyślnych dla zdrowia warunków pracy, dostarczenie w chorobie pomocy takiej, jaką współczesna medycyna dać jest w stanie. Taką opieką mamy otoczyć obywatela od kołyski aż do grobu, niezależnie od jego stanu materialnego, kierując się tylko wiedzą z jednej strony i potrzebą z drugiej. Taki rodzaj opieki może zapewnić obywatelowi tylko państwo lub organa i instytucje działające w jego imieniu i wprzągnięte do ogólnego planu. W ramach zaś administracji państwowej, niezbędne jest utworzenie jedynego ośrodka dyspozycyjnego, który winien posiadać w swoich rękach całokształt zagadnień zdrowotnych w Państwie.

Czy możemy dzisiaj marzyć o realizacji tego ideału? Nie, bo brak nam lekarzy i personelu średniego, bo brak nam zakładów leczniczych i urządzeń technicznych. Musimy więc rozłożyć program nasz na szereg lat i do celu zmierzać etapami.

Naczelną troską państwa ludowego jest przede wszystkim ochrona zdrowia mas pracujących, które najbardziej są dotąd pod tym względem upośledzone i którym się ta pomoc najbardziej należy.

Punktem wyjściowym w realizacji naszego programu musi być utworzenie jednej sieci zakładów, prowadzących akcję leczniczo - zapobiegawczą na terenie całego kraju. Zespolenie akcji już prowadzonej na tym polu — to pierwszy etap jednolitej Służby Zdrowia. Wprawdzie istniejące zakłady, jako zbyt nieliczne, nie będą w stanie objąć od razu całej ludności, sieć jednak, choć rzadka, musi powstać od razu i musi objąć cały kraj. Planowe rozszerzanie działalności Służby Zdrowia będzie tylko sieć zagęszczać, będzie zwiększać sprawność i podnosić poziom okazywanej pomocy.

W działalności swej, Służba Zdrowia musi uwzględnić rozbudowę zarówno zakładów leczniczych pomocy zamkniętej jak i zakładów udzielających pomocy chorym przychodzącym.

Zakłady lecznicze zamknięte tworzą: szpitale, sanatoria, a w pewnej mierze prewentoria, zakłady dla nieuleczalnie chorych i inne. Zakłady te prowadzone są przeważnie przez władze samorządowe (w 70%), następnie przez Państwową Służbę Zdrowia, kongregacje i ubezpieczenia społeczne, które dysponują liczbą z górą 5 000 łóżek szpitalnych, wobec 88 000 znajdujących się w całym państwie (bez łóżek sanatoryjnych w roku 1947). Zakłady prywatne de facto nie istnieją i nowe powstawać nie będą.

Ta liczba łóżek jest znacznie większa niż przed wojną, szczególnie jeśli uwzględnimy

zmniejszenie ludności (w 1938 roku rozporządzaliśmy 70 000 łóżek), jest jednak niewystarczająca dla pokrycia wszystkich naszych zapotrzebowań. Dlatego musimy zaspokoić najpierw w miarę możności wszystkie potrzeby tych grup społecznych, które mają ustawowo zapewnioną pełną opiekę w chorobie, a następnie przypadki nagłe lub najbardziej potrzebujące opieki szpitalnej, całej ludności.

Istotna też jest sprawa kosztów lecznictwa zamkniętego, bardzo obciążających skarb państwa. Pomijając te grupy chorych, które posiadają prawo do pomocy bezpłatnej, pozostałe mają ponosić ciężary leczenia szpitalnego w zależności od swego stanu majątkowego. Projektowane jest, aby ludność najuboższa nie płaciła nic za leczenie szpitalne, do pozostałych grup ma być zastosowana gradacja w opłatach: grupy mniej zamożne będą ponosiły małą część rzeczywistych kosztów, zamożniejsze — większą, najzamożniejsze mają pokrywać całkowicie koszty rzeczywiste utrzymania i leczenia.

W dziedzinie rozbudowy zadaniem naszym musi być uzupełnienie sieci zakładów leczniczych przez utworzenie nowych i podniesienie już istniejących na wyższy poziom przez lepsze ich wyposażenie techniczne i personalne. Obok zakładów istniejących muszą powstać nowe, przede wszystkim z ramienia Państwa, tworzącego takie instytucje lecznicze, których utrzymanie przekracza możliwości finansowe samorządów, lub które obejmują obszary szeregu jednostek terytorialnych. Można by tu wymienić: zakłady psychiatryczne, sanatoria przeciwgruźlicze, instytuty radowe itp.

Być może, okaże się jeszcze potrzeba utworzenia specjalnych zakładów leczniczych, wymagających wąskiej specjalizacji w liczbie 2 — 3 dla zaspokojenia potrzeb całego kraju w większych ośrodkach uniwersyteckich. Należy tu jeszcze raz podkreślić, że wymienione instytucje opieki leczniczej zamkniętej muszą tworzyć jedną całość i niezależnie od gospodarza muszą wchodzić w skład jedynego aparatu, kierowanego i kontrolowanego przez Państwową Służbę Zdrowia.

Zorganizowanie pomocy leczniczej otwartej napotyka również na duże trudności, nawet pod względem organizacyjnym. Nie mieliśmy przed wojną ustalonego typu instytucji w tej dziedzinie. De facto, poza nielicznymi ambulatoriami przyszpitalnymi i należącymi do ubezpieczalni społecznych, pomoc otwarta była ześrodkowana w gabinetach prywatnych, obsługujących ogół ludności, między innymi również ludność ubezpieczoną. Istniały wprawdzie ośrodki zdrowia, ale były one tak nieliczne i tak źle rozmieszczone, że o pokryciu potrzeb całej ludności nie mogło być mowy. Większe jeszcze miał znaczenie fakt, że ośrodki miały za zadanie głównie walkę z chorobami społecznymi i to przez prowadzenie wyłącznie akcji zapobiegawczej. Ośrodki zdrowia, zgodnie ze swym założeniem, nie powinny były zajmować się leczeniem, choć życie zmuszało je w zasadzie do kompromisu lub do cichego przemycania niedozwolonego, lecz koniecznego, lecznictwa.

Obecnie ośrodków zdrowia mamy z górą 1 000, prowadzonych prawie wyłącznie przez samorządy. Wszystkie ośrodki zajmują się dziś leczeniem, wszystkie prowadzą, oprócz ogólnego ambulatorium, co najmniej dwie poradnie. W stosunku do potrzeb jest ich wciąż bardzo mało, w szczególności jeśli wziąć pod uwagę rolę, jaką im przeznaczamy — zastąpienie prywatnych gabinetów lekarskich. Musimy więc w najbliższym czasie zwiększyć ich liczbę parokrotnie. Naturalnie, ośrodki zdrowia, aby odpowiadały swemu zadaniu, muszą być należycie wyposażone. Nie jest ośrodkiem zdrowia prywatny gabinet lekarski, na którym wisi szyld „Ośrodek Zdrowia", trudno też pogodzić się z ośrodkiem zdrowia składającym się z 2 izb bez wyposażenia, do którego lekarz dojeżdża dwa razy na tydzień, a który pozostałe 4 — 5 dni w tygodniu jest zamknięty. Nie można negować w wyjątkowych okolicznościach potrzeby i takich instytucji, tylko nie odpowiadają one temu, co nazywamy ośrodkiem zdrowia.

Skoro ośrodek zdrowia ma zastąpić prywatny gabinet lekarski, musi stać na znacznie wyższym poziomie niż ten gabinet, musi zapewniać choremu to, czego gabinet dać nie może. A więc w każdym ośrodku zdrowia zarówno rozpoznanie jak i leczenie muszą być na wysokim poziomie naukowym przez udostępnienie choćby pośrednio (w innej instytucji) wszelkich nowoczesnych urządzeń technicznych i laboratoryjnych do celów rozpoznawczych i leczniczych (rentgen, pracownie chemiczne, bakteriologiczne i inne) i przez pomoc specjalistów przynajmniej dojazdową. Wobec ogromnych postępów wiedzy lekarskiej musimy jednego lekarza niewyspecjalizowanego we wszystkich gałęziach wiedzy lekarskiej, bo to jest niemożliwe, zastąpić przez zespół lekarzy i personelu pomocniczego. Każdy ośrodek musi też prowadzić szeroką akcję zapobiegawczą, opierającą się przede wszystkim na pracy pielęgniarskiej. Działalność zapobiegawcza, będąca jedną z podstaw współczesnego lecznictwa, ma powiązać dom i zakład pracy z zakładem leczniczym.

Istniejące czy nowopowstające ośrodki zdrowia muszą tworzyć jedną sieć z innymi ośrodkami i z zakładami leczniczymi opieki zamkniętej, muszą zajmować się leczeniem wszystkich chorób, muszą na swoim terenie przejmować stopniowo lecznictwo ubezpieczeniowe, pracowników państwowych i inne, muszą mieć nadzór nad ogólnym stanem sanitarnym podległych im obszarów. Ośrodki zdrowia wreszcie muszą być połączone organizacyjnie z zakładami lecznictwa zamkniętego, muszą mieć możność przesyłania chorych na badanie i leczenie do szpitali, a szpitale muszą mieć prawo przesyłania wypisywanych chorych pod nadzór ośrodków.

Istniejące zakłady lecznictwa otwartego będą w stanie objąć tylko część ludności szukającej pomocy w chorobie. Służba Zdrowia będzie zmierzać, podobnie jak i w zakładach zamkniętych, do zaspokojenia najpierw potrzeb ludności posiadającej prawo, zgodnie z przepisami, do leczenia w instytucjach publicznych (ubezpieczeni) lub podlegającej leczeniu z racji wyjątkowych warunków, w jakich się znajduje (niezamożni). Naturalnie te grupy ludności będą leczone całkowicie bezpłatnie.

Pozostałe grupy ludności będą mogły korzystać z pomocy bezpłatnej lub płatnej, zależnie od rodzaju choroby. Wprowadzona jest już obecnie bezpłatność w chorobach ostrych zakaźnych i w chorobach społecznych (gruźlica, choroby weneryczne, jaglica i inne), jak również w opiece nad matką i dzieckiem. Jest to jakby pierwszy krok w kierunku powszechności opieki leczniczej, zastosowany najpierw do chorób społecznie najważniejszych. W pozostałych chorobach i cierpieniach grupy ludności zamożniejsze, prowadzące własne warsztaty pracy, mają pokrywać koszty leczenia przynajmniej częściowo.

Naturalnie nie możemy przewidywać w najbliższych latach takiej rozbudowy opieki otwartej, która by zaspokoiła pełne potrzeby nawet połowy ludności kraju, dlatego gabinety lekarskie prywatne będą nadal odgrywały pewną rolę, choć niewątpliwie coraz mniejszą, w niesieniu pomocy w chorobie.

Obok zakładów należy uwzględnić potrzeby Służby Zdrowia w dziedzinie personelu. W tej dziedzinie nie obejdzie się bez radykalnych posunięć, które może nie zawsze znajdą aprobatę zainteresowanych osób, ale które niewątpliwie znajdą poparcie w szerokich kołach społeczeństwa. Niewątpliwie personelu mamy bardzo mało, o wiele mniej niż przed wojną, a potrzeby nasze w dziedzinie Służby Zdrowia wzrosły parokrotnie. Brak nam więc lekarzy, brak pielęgniarek, położnych, kontrolerów sanitarnych. Sytuację wybitnie pogarsza jeszcze wadliwe rozsiedlenie personelu, grupującego się przede wszystkim w miastach i to głównie — dużych. Niewątpliwie rozmieszczenie lekarzy, obecnie oparte na tych samych zasadach co i dawniej, jest złe, może nawet gorsze niż przed wojną, ze względu na mniejszą liczbę personelu, trudności mieszkaniowe i inne. Wadliwe jest również rozmieszczenie pielęgniarek i położnych. Mając na względzie dobro ogółu, tego stanu rzeczy nie możemy aprobować.

Moglibyśmy wprawdzie całkowicie pozostawić sprawę jej biegowi naturalnemu. Można by stanąć na tym punkcie widzenia, że jeżeli personel będzie dość liczny, to drogą naturalną będzie się rozsiedlał w miejscowościach coraz bardziej odległych od większych miast. Ten proces jednak byłby zbyt powolny i nie odpowiadający koncepcji planowania, która jest kamieniem węgielnym współczesnej Służby Zdrowia. Konieczna jest tu interwencja od góry.

Musimy udostępnić personel fachowy całej ludności najpierw fizycznie, to znaczy, że personel ten musi być przynajmniej terenowo tak rozmieszczony, żeby był dostępny. To wprawdzie nie przesądza jeszcze, że każdy obywatel zawsze będzie mógł otrzymać pomoc lekarską, kiedy będzie zachodziła tego potrzeba (sprawa kosztów), ale zasadniczy krok, bez którego żaden postęp w pożądanym kierunku jest niemożliwy, będzie już zrobiony.

Chcąc zbliżyć ludność do personelu leczącego, czy vice-versa, mamy dwie drogi do wyboru: albo przymusowe wysyłanie personelu tam gdzie jest on najbardziej potrzebny, albo ustalenie tylko ilu w każdej miejscowości może osiąść fachowców Służby Zdrowia poszczególnych gałęzi i dopilnowanie tego zarządzenia. Pierwsza metoda wydaje się prostsza, ale przeprowadzenie jej wywołałoby prawdopodobnie większe tarcia, których należy unikać, jeżeli jest to tylko osiągalne. Druga obiecuje te same wyniki, a niewątpliwie łatwiejsza jest do przyjęcia, jako mniej ograniczająca wolność indywidualną.

Opierając się na liczbie personelu i na potrzebach terenu można ustalić, ilu w każdym mieście wojewódzkim czy powiatowym, ilu na obszarze samego powiatu i dokładnie w jakiej miejscowości może osiedlić się lekarzy praktykujących, ilu chirurgów, ginekologów, okulistów itd. Wybór miejsca osiedlenia się będzie

należał do samych zainteresowanych. Ta sama zasada dotyczy personelu pomocniczego. Każdy może wybrać sobie taką miejscowość, jaka mu z tych czy innych względów najbardziej odpowiada, ale z zastrzeżeniem, że jest tam wolne miejsce dla tej specjalności, jaką on reprezentuje.

Przewidziane rozporządzenia i związane z nimi rygory będą miały zastosowanie przede wszystkim w stosunku do lekarzy, których odczuwamy największy brak, ale nie tylko w teorii lecz i w praktyce odnosić się będą i do pozostałego personelu leczniczego.

W stosunku do lekarzy, zajmujących się głównie wolną praktyką, można by jeszcze przewidzieć konieczność oddania co najmniej paru godzin dziennie zorganizowanej Służbie Zdrowia, a może trzeba będzie pójść jeszcze dalej. Wydaje się, że rzeczywistość nieubłaganie prowadzi do tego stanu rzeczy i bezpośredni przymus pracy w lecznictwie zorganizowanym stanie się zbyteczny. Personel średni w grę tu nie wchodzi, gdyż jego prawie jedyną funkcją i jedynym źródłem zarobkowania jest praca w instytucjach Służby Zdrowia.

Tak pomyślany na okres przejściowy aparat Służby Zdrowia będzie działał sprawnie i spełni obowiązki na nim ciążące, jeśli będzie posiadał „ducha służby społecznej" i jeśli nie tylko każda instytucja, lecz i każda jednostka włoży w wykonanie swego zawodu całą swoją wiedzę i dobrą wolę, a jednocześnie będzie się czuła współodpowiedzialna za całość, której tworzy drobną, ale zawsze istotną cząstkę.

Służba Zdrowia jest organizmem społecznym, w którym żaden zawód nie jest samodzielnym kółkiem, każdy zaś odgrywa rolę jakby poszczególnego aparatu czy narządu, a każda jednostka tworzy komórkę, nieodłączalną od całości. Wszystkie narządy są jednakowo ważne, od działalności każdej komórki zależy sprawność poszczególnego aparatu, a od harmonijnej współpracy aparatu czy narządów — rozwój całości.

O roli poszczególnych zawodów w tym zespole, na tym więc miejscu o roli zawodu pielęgniarskiego, niech się wypowiedzą jednostki bardziej do tego powołane.

Marcin Kacprzak

NONNA ŁYŻWAŃSKA

Pielęgniarka — Inspektorka
Wydz. Ośr. Zdr. Min. Zdrowia

Drogi rozwoju pielęgniarstwa Polskiego

ZAGADNIENIE opieki nad chorymi powstało, pośród wielu innych rodzajów wymiany usług, przy kształtowaniu się zorganizowanego społeczeństwa.

Opieka ta była podejmowana początkowo przez osoby z rodziny lub najbliższego otoczenia chorego. Następnie powstały organizacje religijne, które wychodząc z założeń charytatywno - filantropijnych, przyjęły na siebie obowiązki tej opieki.

Właściwe pojęcie pielęgniarstwa jako zawodu zostało sprecyzowane w połowie XIX wieku. Od momentu wprowadzenia szkół pielęgniarskich (1860) pielęgniarstwo traci swój dotychczasowy charakter obowiązku społecznego, wynikającego wyłącznie z przesłanek religijnych, stając się od tego okresu stopniowo zawodem wyuczonym i odpłatnym.

Pielęgniarstwo, jak każdy zawód, stanowi więź społeczną, która łączy grupę ludzi wykonywujących zbieżne obowiązki społeczne i korzystających ze zbieżnych prerogatyw. Pogłębiając pojęcie zawodu pielęgniarskiego można go rozpatrywać z trojakiego punktu widzenia:

1) technicznego, jako specjalny rodzaj pracy fizycznej i umysłowej wykonywanej przez jednostkę;
2) ekonomicznego, jako działalność, która zapewni jednostce pewien dochód (udział jednostki w korzystaniu z ogólnego dochodu społecznego);
3) socjalnego, jako działalność jednostki, do której to działalności przywiązuje się pewną wagę społeczną i która posiada prestiż w określonym ustroju społecznym. Prestiż zawodu przy zmianie warunków socjalnych wzrasta lub maleje. W okresie ostatnich 80 lat, zawód pielęgniarski przechodzi właśnie podobne przemiany.

Powstanie nowego układu sił gospodarczych stworzyło nowe warunki socjalne. Szybki wzrost uprzemysłowienia i techniki oraz związany z tym wzrost miast o dużym skupieniu ludności wysunął na czołowe miejsce zagadnienie ochrony zdrowia jako samoobrony społeczeństwa w nowych warunkach. Pielęgniarstwo nie mogło nadal opierać się tylko na przesłankach religijnych i zasadach filantropijnych, gdyż tamowałoby to rozwój zawodu i należyte wykonywanie zadań stawianych przez nowe warunki bytu.

W dobie obecnej zadania te krystalizują się według następujących wytycznych:

1) ochrona całego społeczeństwa i poszczególnych jednostek przed zachorowaniem;
2) opieka nad jednostką w czasie choroby;
3) prace wychowawczo-propagandowe w zakresie ochrony zdrowia i szerzenia zasad higieny, celem podniesienia stanu zdrowotnego całego społeczeństwa.

W Polsce pielęgniarstwo jest zawodem bardzo młodym. Pierwsze szkoły powstały niecałe 30 lat temu. Szkół tych początkowo było bardzo mało, toteż i absolwentek pierwszych kursów była znikoma liczba. Pielęgniarki z cenzusem naukowym bardzo szybko znalazły uznanie wśród lekarzy i pacjentów, co stało się bodźcem do wzrostu frekwencji, a tym samym do zakładania nowych szkół. Oprócz pielęgniarek, uprawiających swój zawód bez należytych kwalifikacji i przygotowania, powstała nowa grupa pielęgniarek dyplomowanych, należycie wyszkolonych.

Pierwsze pielęgniarki, pionierki nowego zawodu, dążąc do zapewnienia jemu należytego rozwoju, spowodowały przeprowadzenie ustawy o pielęgniarstwie w roku 1935, dając możność uzyskania uprawnień osobom, pozostającym długie lata w zawodzie pielęgniarskim bez odpowiedniego cenzusu. Osoby te zdobyły wiadomości fachowe drogą długiej praktyki w zawodzie.

Pionierki ruchu pielęgniarskiego, podnosząc poziom fachowy osób współpracujących z nimi, lub pomagając im w zdobyciu uprawnień drogą egzaminu państwowego walczyły o podniesienie ogólnego etycznego i fachowego poziomu zawodu. Dążyły one jednocześnie do oczyszczenia zawodu od jednostek, trudniących się pielęgniarstwem przypadkowo.

Postawę pielęgniarek zawodowych cechowała pewna bierność wobec istniejącego układu sił gospodarczo - społecznych, która niewątpliwie była wynikiem wychowania społecznego całej inteligencji polskiej, a tym samym i jej odłamu — szkół pielęgniarstwa. Być może, że początkowe, słabe zrozumienie doniosłości zawodu pielęgniarskiego w Polsce wypływało również z tego, że był on traktowany wyłącznie jako zawód pomocniczy, nie dający dalszych perspektyw rozwojowych. Nauka i sztuka (a zarazem rzemiosło), pielęgnowania chorych nie były traktowane jako osobne dziedziny wiedzy ani przez społeczeństwo, ani przez pokrewne zawody, jak również nie były tak traktowane przez czynniki rządzące polityką zdrowia w kraju. Jako dalszy etap rozwoju zawodu, przewidywano niejednokrotnie przejście ze szkoły pielęgniarstwa do studiów medycznych; pozbawiałoby to automatycznie zawód pielęgniarski jednostek aktywnych i twórczych, które odeszłyby do zawodu lekarskiego, ekonomicznie i socjalnie, górującego nad zawodem pielęgniarskim.

Nowy ustrój społeczny Polski powojennej spowodował wprowadzenie głębokich zmian w poprzednim układzie sił zarówno gospodarczych, społecznych jak i politycznych. Tym przeobrażeniom uległa również polityka społeczna w stosunku do zagadnień ochrony zdrowia i związanego z tym zawodu pielęgniarskiego. Na tym odcinku na pierwsze miejsce wysuwa się potrzeba upowszechnienia świadczeń zdrowotnych dla całej ludności oraz ujednolicenia wysiłków prowadzących w tym kierunku przez różnorodne instytucje i organizacje.

Dla realizacji tych założeń należy przygotować dostateczną ilość kadr lekarskich i pielęgniarskich. Czasy okupacji i wojny poczyniły w tych zawodach duże spustoszenia. Ilość fachowego personelu wybitnie zmalała. Opierając się na danych kartotekowych Ministerstwa Zdrowia z roku 1947, można podać następujące liczby wykonywujących zawód: lekarzy 8 207, pielęgniarek 8 478 (liczba ta obejmuje pielęgniarki uprawnione łącznie z pomocą pielęgniarską nieuprawnioną, która stanowi 50% tej liczby).

Rozpatrując te zagadnienia, trzeba mieć na uwadze również sposób rozmieszczenia tych zawodów w terenie. Większość skupia się w dużych miastach. Na terenach odzyskanych lub wiejskich, siły fachowe osiedlają się niechętnie mimo specjalnych dodatków interwencyjnych. Stwarza to duże trudności w planowaniu rozmieszczeń placówek służby zdrowia. Przy obliczaniu kadr fachowych, potrzebnych do realizacji powszechnych świadczeń zdrowotnych, moż-

na przyjąć w Polsce następujące wskaźniki: dla lekarzy 1 : 1000, dla pielęgniarek 1 : 500, co wyniesie przy 25 000 000 mieszkańców — 25 000 lekarzy i 50 000 pielęgniarek. Jesteśmy w chwili obecnej dopiero w początkach drogi do urzeczywistnienia tego planu.

Celem możliwie szybkiego dopełnienia kadr pielęgniarskich w Polsce powojennej uruchomiono 19 szkół pielęgniarskich. Program tych szkół uległ aktualizacji i został dostosowany do wymagań doby obecnej. Absolwentki tych szkół jakościowo powinny zaspokoić potrzeby społeczeństwa, ilościowo niestety dla zaspokojenia potrzeb terenu jest ich ciągle za mało. Przy najlepszej wydajności — jedną szkołę może opuścić rocznie od 60 do 100 absolwentek, co w ogólnej sumie wyniesie do 2 000 nowych pielęgniarek w stosunku rocznym. Zapotrzebowanie zaś terenu przekracza w stosunku rocznym te liczby dwukrotnie. Ogromne zapotrzebowanie na pielęgniarki, stojące na dobrym poziomie zawodowym, powstało w wyniku nowej polityki zdrowia. Jednocześnie, równolegle ze zmianą warunków społecznych, zaczęła wyłaniać się potrzeba nie tylko dobrze wyćwiczonej pomocy technicznej dla lekarza, ale także potrzeba odciążenia pracy lekarza od pewnych zadań, które odpowiednio wyszkolona pielęgniarka powinna wykonywać samodzielnie. Poza tym do czynności zawodu pielęgniarskiego powinna nadal wchodzić techniczna pomoc lekarzowi jak również podporządkowanie się jemu w zakresie lecznictwa.

Należy doceniać w zawodzie pielęgniarskim możliwości pracy samodzielnej i do tej pracy odpowiednio pielęgniarki przygotowywać. Dążeniem zawodu jest usamodzielnienie działalności pielęgniarskiej w opiece zdrowotnej otwartej i zamkniętej. Elementami zasadniczymi tej pracy samodzielnej są:

1) praca propagandowo - wychowawcza drogą kontaktu ze środowiskiem petenta;
2) umiejętność obserwacji i pielęgnacji chorego oraz wykorzystanie danych tej obserwacji dla dobra chorego.

Pielęgniarka powinna być łącznikiem między lekarzem, pacjentem i jego otoczeniem. Od jej umiejętności, od jej fachowego podejścia do tych zagadnień zależy cały układ stosunków w tym zespole. Zależnie od nastawienia psychicznego i umiejętności fachowych pielęgniarki będzie ona mogła wytworzyć klimat odpowiedni dla swej pracy i wnieść maksimum elementów dodatnich do danego układu stosunków społecznych.

W zależności od właściwego nastawienia pielęgniarek w stosunku do pokrewnych zawodów o wyższym lub niższym poziomie naukowym i uprawnieniach zawodowych powstaje odpowiedni układ socjalny tych zawodów.

Sprawy te należą do kompetencji Zw. Zaw. Prac. Służby Zdrowia, w ramach którego jednoczą się reprezentanci wszystkich pokrewnych zawodów, grupujących się w sekcjach fachowych.

Przy planowej gospodarce i racjonalizacji pracy w służbie zdrowia, system podziału czynności w pokrewnych zawodach niewątpliwie powinien spowodować podniesienie wydajności pracy i dopomóc w ekonomicznej gospodarce siłami fachowymi.

Pielęgniarstwo, jako zawód młody i prężny, cechuje często pozycja zaczepno-obronna w stosunku do wyżej podanych pokrewnych zawodów. Pozycja ta jest tylko chęcią utrzymania zawodu na należytym poziomie i dania mu możności dalszego rozwoju przez wywalczenie odpowiednich studiów wyższych, pogłębiających i aktualizujących posiadane wiadomości fachowe.

W ustroju Polski Ludowej przewidziane są duże możliwości awansu społecznego drogą nauki oraz niemniej duże możliwości pogłębienia i aktualizacji wiedzy w trakcie pracy zawodowej. Należy przypuszczać, że w ciągu najbliższych lat w zawodzie pielęgniarskim nastąpi pewne wyrównanie poziomu wiadomości i uprawnień ogólnych, a jednocześnie oczyszczenie i wyeliminowanie z zawodu jednostek szkodliwych. Da to możność wybrania najlepszych jednostek dla dalszych studiów w zakresie:

1) szkolenia przyszłych instruktorek dla szkół pielęgniarstwa;
2) głębokiego i wszechstronnego przygotowania pielęgniarek do pracy społecznej;
3) przygotowania kadr pielęgniarek administracyjnych.

Pogłębione studia specjalizujące dadzą możność przygotowania dobrze wyszkolonych kadr instruktorskich we wszystkich działach pracy pielęgniarskiej. Ogólne poszerzanie i pogłębianie wiedzy pielęgniarskiej stworzy typ pielęgniarki polskiej, rozumiejącej otaczające ją zjawiska społeczne i współdziałającej z całym układem sił gospodarczo - społecznych swojej epoki.

Nonna Łyżwańska

DR KAROL JONSCHER
Profesor Uniwersytetu Poznańskiego

NIECO O STREPTOMYCYNIE

STREPTOMYCYNA należy do grupy nowoczesnych leków, objętych wspólną nazwą antybiotyków, zdefiniowanych przez Aleksandra FLEMINGA, wsławionego badaniami nad penicyliną, jako ciała wyprodukowane przez żywe organizmy i mające działanie bakteriobójcze lub hamujące wzrost drobnoustrojów (działanie bakteriostatyczne).

Pomimo, że streptomycyna jest młodszą siostrą penicyliny, cieszącej się dobrze zasłużoną sławą i popularnością, w krótkim czasie zaćmiła swą starszą siostrzycę. Streptomycyna zawdzięcza to swej właściwości wywierania wpływu leczniczego na schorzenia gruźlicze, co w krótkim czasie przeniknęło do powszechnej wiadomości i obudziło nadzieję wyleczenia u niezliczonych rzesz cierpiących wskutek tej strasznej plagi społecznej, pochłaniającej tyle ofiar, i to często w kwiecie wieku.

Z tą chwilą zaczęła się również i w Polsce prawdziwa pogoń za tym lekiem, tak pożądanym, a jednocześnie kosztownym i trudnym do uzyskania. Wśród chorych i ich najbliższego otoczenia wytworzyła się prawdziwa psychoza streptomycynowa, nie zawsze racjonalnie zwalczana przez świat lekarski. Przeciętny lekarz był rzeczywiście w bardzo trudnym położeniu — żądano od niego wypowiedzenia się, i to kategorycznego, w sprawie — której nie znał dokładnie. Nie miał jeszcze naturalnie doświadczenia własnego, gdyż mieć go nie mógł, a gruntowniejsze zapoznanie się z najnowocześniejszym piśmiennictwem zagranicznym nie zawsze jest łatwe i możliwe. Toteż ogół świata lekarskiego podzielił się początkowo na dwa skrajne obozy, zależnie od temperamentu, ogólnego nastawienia w odniesieniu do lecznictwa itp. Dwa skrajne obozy: bezwzględnych zwolenników, podsycających nadzieje szerokich warstw co do „cudownego“ działania tego nowego leku w gruźlicy oraz zawodowych sceptyków, określających wszystkie te wiadomości jako bezwartościową reklamę.

Jak się sprawa przedstawia rzeczywiście?

Pielęgniarki, jako najbliższe współpracowniczki lekarzy, mają prawo i obowiązek uzyskania miarodajnych wiadomości, dotyczących tego aktualnego zagadnienia.

Toteż chętnie czynię zadość wezwaniu Redakcji „Pielęgniarki Polskiej“, by w zarysie podać najważniejsze dane o obecnym stanie leczenia streptomycyną.

Streptomycyna została wyodrębniona w Stanach Zjednoczonych A. P. w 1942 r. przez WAKSMANA i jego współpracowników z hodowli grzybka promienica szara (Actinomyces Griseus), a w opracowaniu jej działania leczniczego duże zasługi położył przede wszystkim Amerykanin — HINSHAW. Lek ten jest niezmiernie cennym nabytkiem w zwalczaniu zakażeń, gdyż szczęśliwym zbiegiem okoliczności, działa szczególnie silnie na liczne zarazki, nie poddające się leczeniu penicyliną.

Wrażliwe na działanie streptomycyny są więc:

1) *Gramoujemne pałeczki,* jak pałeczka okrężnicy (b. colli) i zbliżone do niej zarazki, jednakże działanie lecznicze w durze brzusznym jest bardzo ograniczone.

2) *Pałeczka influenzy* (Pfeiffera), natomiast wirus grypy nie poddaje się zupełnie jej działaniu.

3) *Zarazek tularemii,* schorzenia rozpowszechnionego w Stanach Zjednoczonych i na Zachodzie, a u nas jeszcze nie spostrzeganego.

4) *Zarazek krztuśca,* spostrzega się wyraźną poprawę stanu chorobowego w licznych przypadkach.

5) *Pewne szczepy gramododatnich ziarenkowców,* (gronkowce i paciorkowce) nie poddające się działaniu penicyliny.

6) *Zarazek dżumy,* co stwierdzono dopiero bardzo niedawno.

W tych wszystkich ostrych stanach chorobowych działanie streptomycyny, o ile w ogóle istnieje, jest bardzo szybkie. Wystarcza leczenie w ciągu kilku, najwyżej kilkunastu, dni dla opanowania sprawy chorobowej. Stosowanie dłuższe w razie braku poprawy nie ma więc żadnego uzasadnienia.

Osobiście spostrzegaliśmy bardzo dobre wyniki już po kilkodniowym stosowaniu streptomycyny w ostrych biegunkach niemowlęcych, nie poddających się działaniu innych środków (dieta, sulfonamidy itp.) oraz zachęcające wyniki w krztuścu.

7) *Prątek gruźliczy,* tak dotychczas oporny na działanie wszelkich leków. Dochodzimy tu do głównego zakresu działania streptomycyny, któremu zawdzięcza ona swą sławę i zainteresowanie się nią całej ludzkości.



„Stopniowo dzieci powracają do zdrowia"...

Zagadnienie leczenia gruźlicy streptomycyną jest naturalnie bardzo świeże. Jest więc rzeczą zrozumiałą, że ocena wyników w schorzeniu tak przewlekłym i uporczywym, ocena wyników, uzyskanych dotychczas, nie może być ostateczna. Wypracowuje się wciąż jeszcze bardzo mozolnie dawkowanie, czasokres leczenia, najdogodniejszy dla opanowania sprawy chorobowej bez zbytecznego uszkodzenia organizmu chorego, stosowanie jednoczesne innych leków i metod leczniczych itp.

Jest to zagadnienie bardzo obszerne, którego nie jesteśmy tu w stanie przedstawić nawet w przybliżeniu. Muszę się ograniczyć do opisania w krótkości ogólnych wytycznych i wskazówek, które powinny być znane każdemu lekarzowi i pielęgniarce.

W ustalaniu wskazań do stosowania streptomycyny w schorzeniach gruźliczych musimy się opierać na trzech zasadniczych przesłankach:

1) lek ten działa skutecznie tylko na świeże procesy, tj. rozlewy ogólne i świeże sprawy miejscowe;
2) nie zastępuje on więc bynajmniej dotychczas stosowanych, często tak skutecznych, metod nowoczesnego arsenału przeciwgruźliczego, jak leczenia sanatoryjnego i klimatycznego oraz zabiegów chirurgicznych: odmy, przepalania zrostów, torakoplastyki itd.
3) lek ten jest bardzo kosztowny i trudno dostępny. Kuracja wymaga w większości wypadków użycia dużej ilości streptomycyny, co uniemożliwia stosowanie jej na szerszą skalę.

Wynika z tego, że streptomycyna może być stosowana wyłącznie w przypadkach odpowiednio dobranych przez lekarzy, orientujących się w możliwościach jej działania, i nie wolno lekkomyślnie rozbudzać nadziei u chorych, nie nadających się do jej stosowania, podrywając jednocześnie zaufanie do dotychczasowych metod leczniczych.

A to tym bardziej, że w przeciwieństwie do penicyliny, prawie całkowicie pozbawionej działań ubocznych, streptomycyna nie jest lekiem nieszkodliwym. Jej stosowanie przez czas dłuższy wywiera wpływ niekorzystny przede wszystkim na błędnik, powodując przykre zaburzenia równowagi, niekiedy nieodwracalne, osłabienie słuchu itp.

W chwili obecnej stosuje się leczenie streptomycyną najczęściej w ostrych rozsiewach gruźliczych, tj. w gruźlicy prosówkowej oraz w gruźliczym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, przede wszystkim naturalnie u dzieci, u których te stany chorobowe są częstsze niż u dorosłych.

Jak w leczeniu wszelkich schorzeń, tak samo i tutaj, wyniki są na ogół tym lepsze, im wcześniej rozpoczynamy leczenie. Ale i w stanach daleko już posuniętej sprawy chorobowej z utratą przytomności, jak np. w zapaleniu opon udaje się nierzadko jeszcze opanować sprawę zwłaszcza u dzieci starszych.

W prosówce stosujemy lek wyłącznie domięśniowo, a w zapaleniu opon również doopononowo. W tym ostatnim wypadku technika leczenia nie jest ostatecznie ustalona, każda klinika wypracowuje sobie swój własny schemat postępowania. Nie można tu jednak postępować sza-

blonowo i każdy przypadek wymaga dokonywania indywidualnych odchyleń, w zależności od reakcji chorego i przebiegu schorzenia. Niedostateczne uwzględnianie tego czynnika indywidualnego jest, naszym zdaniem, jedną z głównych przyczyn wielu spostrzeganych dotychczas niepowodzeń.

W wielu przypadkach udaje się nam jednak uzyskać pożądaną poprawę; dziecko nieprzytomne, nawet z istniejącymi już porażeniami, skazane nieuchronnie na zejście śmiertelne, w ciągu kilku, najdalej kilkunastu dni, powraca jednak, niekiedy co prawda po długich tygodniach, powoli do zdrowia, odzyskuje przytomność, porażenia cofają się, przy czym najwcześniejszym objawem rozpoczynającej się poprawy jest powrót łaknienia, warunkujący przyrost wagi u tych wybitnie wyniszczonych chorych.

Stopniowo i powoli dzieci te powracają do zdrowia i poprawiają się na tyle, że robią wrażenie dzieci pozornie zupełnie zdrowych, jak to widać na załączonych fotografiach. Leczenie gruźliczego zapalenia opon mózgowo - rdzeniowych trwa jednak co najmniej 6 miesięcy, a bardzo często dłużej i wymaga zużycia w tym czasie kilkudziesięciu gramów streptomycyny. Leczenie gruźlicy prosówkowej bez jednoczesnego zajęcia opon trwa na ogół nieco krócej.

Napisałem, że dzieci te robią wrażenie pozornie zupełnie zdrowych. I na ten punkt należy zwrócić specjalną uwagę.

Mają one prawie bez wyjątku uszkodzony błędnik, co uniemożliwia im utrzymanie równowagi ciała z zamkniętymi oczami lub w ciemności, gdy odpada kontrola równowagi za pomocą wzroku. Ale naturalnie, w porównaniu z grozą choroby, z której wyszła ta dolegliwość, niewidoczna w zwykłych warunkach życia, jest stosunkowo małą ceną za powrót do życia.

Daleko groźniej przedstawia się druga sprawa. Pomimo pozorów całkowitego zdrowia, dzieciom tym grozi każdej chwili nawrót gruźliczego zapalenia opon, wymagający ponownego leczenia, dającego nie zawsze wyniki pomyślne. Nie wiemy jeszcze dokładnie jak długo należy bez przerwy leczyć dziecko z gruźliczym zapaleniem opon, by zabezpieczyć je całkowicie od podobnej katastrofy.

Sprawa jest niezmiernie trudna do rozstrzygnięcia i wymaga jeszcze dalszych żmudnych badań. Trudności, na jakie przy tym napotykamy, ujawniają się najdobitniej przez przypadki, w których dziecko z gruźlicą prosówkową bez zajęcia opon, leczone od kilku tygodni, a niekiedy nawet miesięcy, wykazujące wybitną poprawę stanu ogólnego i zmian miejscowych w płucach, w toku leczenia streptomycyną zapada nagle na gruźlicze zapalenie opon.

Istnieją więc w organizmie osobników leczonych streptomycyną pewne ogniska chorobowe, przede wszystkim stare ogniska, trudno dostępne dla działania streptomycyny, z których w pewnych okolicznościach, trudnych jeszcze do ustalenia, może nastąpić nowy rozsiew, zwłaszcza w oponach. Tę groźbę nawrotu zapalenia opon musimy bezwzględnie opanować, by móc w pełni cieszyć się wspaniałymi wynikami wczesnymi, które uzyskujemy w owym, dotychczas bezwzględnie śmiertelnym, stanie chorobowym.

Drugim stanem chorobowym, dającym w leczeniu streptomycyną ogólnie spostrzegane i prawie stałe wyniki pomyślne, jest gruźlica krtani: bolesność, chrypka, owrzodzenia i wszystkie inne objawy chorobowe ustępują bardzo szybko, lub w każdym razie stan poprawia się wybitnie. Jest to tym cenniejsze, że schorzenie to jest bardzo oporne na wszelkie inne metody lecznicze.

Uszkodzony błędnik przeszkadza dzieciom w utrzymaniu równowagi.



Streptomycynę stosowano naturalnie również w najróżniejszych postaciach gruźlicy płuc, początkowo bezkrytycznie, często wyłącznie pod naporem chorego lub jego otoczenia.

Zgodnie z wyłożonymi wyżej możliwościami działania streptomycyny, wyniku dodatniego można się spodziewać wyłącznie na świeże zmiany wysiękowe. Spostrzegamy poprawę stanu ogólnego, odtrucie, spadek lub obniżenie się wysokiej ciepłoty, poprawę łaknienia itp., nawet po stosunkowo niedużych dawkach tego leku. Nie wolno się jednak łudzić, że przez to samo wpływamy ostatecznie i decydująco na przebieg całego schorzenia. Daje to nam jednak niekiedy czas i możność zastosowania dotychczasowych metod leczniczych, z których nie możemy nigdy rezygnować.

Nie wolno nam jednak stosować streptomycyny w lżejszych stanach chorobowych, poddających się leczeniu zwykłemu, narażamy bowiem chorego niepotrzebnie na duże koszty, na uszkodzenie streptomycynowe, powodując jednocześnie zużycie leku, potrzebniejszego w cięższych schorzeniach.

Istnieje też w takich razach jeszcze jedno przeciwwskazanie, którego nie wolno lekceważyć, chociaż jego istnienie nie jest jeszcze bezsprzecznie dowiedzione: stwierdzono z całą pewnością, że zarazki, wrażliwe na działanie streptomycyny, stają się często oporne na jej działanie, i to zwykle szybciej niż w odniesieniu do penicyliny i sulfonamidów. Z organizmów ludzkich, leczonych streptomycyną, wyhodowano już liczne szczepy prątków, opornych na jej działanie na pożywkach. Gdyby się ostatecznie okazało, co nie jest jeszcze pewne, że jest to równoznaczne z opornością prątków na streptomycynę również w organizmie ludzkim, to fakt ten byłby równoznaczny z niemożnością dalszego leczenia streptomycyną w tych przypadkach. I w dalszej konsekwencji zarażenie innych ludzi tymi opornymi szczepami uniemożliwiłoby stosowanie tego leku u chorych tego rodzaju.

Z tych wszystkich wywodów wynika, że nie wolno lekkomyślnie i niepotrzebnie stosować streptomycyny w przypadkach, poddających się skutecznemu działaniu dotychczasowych metod leczniczych.

Dochodzimy ostatecznie do wniosku, że wielka zdobycz nowoczesnej medycyny, jaką jest niewątpliwie streptomycyna, zwłaszcza w leczeniu gruźlicy, musi być jeszcze poddana dalszym żmudnym badaniom, zanim uda nam się wykorzystać ją w całej pełni dla dobra ludzkości. W obecnym stanie rzeczy nie jest ona jeszcze, niestety, tym lekiem, który pragnęlibyśmy mieć w zwalczaniu tej plagi społecznej.

Karol Jonscher

ALINA TOMASZEWSKA

Pielęgniarka,
Klinika Chor. Dziec. U.P.

PIELĘGNACJA DZIECKA LECZONEGO STREPTOMYCYNĄ

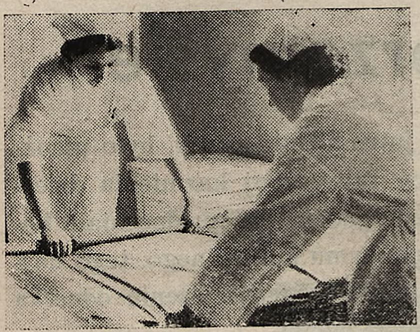
ZALEDWIE wiadomość o „cudownym" środku, leczącym gruźlicze zapalenie opon mózgowych, zdołała zelektryzować świat, liczniej niż dotychczas zaczęły napływać przypadki tej choroby do Kliniki Dziecięcej w Poznaniu.

Rodzice, którzy przedtem, po stwierdzeniu przez lekarzy tej choroby u dziecka, odchodzili przygnębieni, jakby z wydanym na nie wyrokiem śmierci, dziś zostawiają dziecko w szpitalu z nadzieją, że zostanie ono uratowane. Sale kliniki zaczęły zapełniać się dziećmi w różnym wieku, chorymi na gruźlicze zapalenie opon mózgowych.

Pielęgnowanie tych dzieci różni się od pielęgnacji dzieci w innych schorzeniach i musi być obliczone na dłuższą metę, przy nie słabnącym zapale pielęgniarki. Zapał ten podtrzymuje świadomość, że ci mali, dotychczas „niewdzięczni" w leczeniu pacjenci — dzięki streptomycynie — mogą być uleczeni.

Jest rzeczą zrozumiałą, że pielęgnacja jest tym trudniejsza, im cięższy jest stan dziecka. Przede wszystkim należy przygotować wygodne, równe ułożenie, a pręty łóżka zabezpieczyć kocami, aby przy drgawkach dziecko nie uszkodziło sobie ciała. Pacjent taki jest bardzo wrażliwy na bodźce zewnętrzne, wszystkie więc czynności koło niego należy wykonywać spokojnie, z opanowaniem i cierpliwością.

Streptomycynę podajemy domięśniowo do kilku razy na dobę, zależnie od zlecenia lekarza. Wykonywanie tego zabiegu nie jest łatwe u dzieci przytomnych, które bronią się coraz gwałtowniej przy każdym następnym zastrzyku. Trzeba podchodzić do małego pacjenta jak najłagodniej, a zastrzyki robić możliwie najmniej boleśnie, aby dziecko pogodziło się z nimi, leczenie bowiem będzie długie. Domięśniowe wstrzykiwania streptomycyny (w pośladki i uda), chociaż nie pozostawiają żadnych nacieczeń, powodują jednak przejściowe bóle mięśni. Aby i temu zapobiec, można przykładać na miejsce wkłucia kompresy alkoholowe pod ceratką. Podaje się również streptomycynę do kanału rdzeniowego, po wypuszczeniu płynu mózgowordzeniowego w ilości zależnej od ciśnienia. Punkcje te, z początku częste (codzienne), w miarę poprawy stanu chorego powtarzają się coraz rzadziej. Po punkcji dziecko musi leżeć na wznak przez cały dzień; nie wolno go sadzać ani za wiele poruszać, jak również nie należy go karmić bezpośrednio przed lub po zabiegu.



„Przede wszystkim należy przygotować wygodne ułożenie"...

Bardzo ważną rolę w leczeniu dzieci streptomycyną odgrywa **odżywianie**. Dzieci chore na gruźlicze zapalenie opon mózgowych, przychodzą zwykle do kliniki w stanie znacznego wychudzenia na skutek wymiotów i nieumiejętności matek karmienia ciężko chorego dziecka. Należy więc zacząć je odżywiać jak najprędzej, aby zanim podziała streptomycyna, nie umarło z wyniszczenia.

Jak karmić nieprzytomne dziecko ze szczękościskiem? Istnieje parę sposobów, które pokrótce wymienię:

1) odżywcze wlewki doodbytnicze,
2) wlewy dożylne i
3) karmienie sondą przez nos.

Do wlewek odżywczych i do karmienia sondą stosuje się płyny skoncentrowane, zawierające żółtka i glukozę, dożylnie zaś roztwór soli fizjologicznej z glukozą i witaminami. Przy uporczywych wymiotach podaje się pożywienie często, w małych ilościach.



Ważna jest pielęgnacja skóry chorego niemowlęcia

Przytomne dzieci karmi się normalnie, ale w pozycji leżącej. W krótkim czasie po rozpoczęciu leczenia streptomycyną, chorym wraca apetyt, wymioty ustają, odpada nam więc ten wielki kłopot, jakim jest odżywianie, bo wtedy już mali pacjenci wielkim głosem upominają się sami o posiłek.

Równie ważnym czynnikiem w leczeniu dzieci, chorych na gruźlicze zapalenie opon mózgowych, jest **pielęgnacja skóry**. Ciągłe leżenie na wznak, bezwiedne oddawanie moczu i brak odporności skóry sprzyjają powstawaniu odleżyn. Aby do tego nie dopuścić stosuje się wszelkie znane pielęgniarce sposoby zapobiegawcze, a mianowicie: kąpiele w łóżku, obmywanie, nacieranie, podkładanie krążków itp.

Długie leczenie i konieczność leżenia w łóżku, nawet w okresie rekonwalescencji, uniemożliwiają dziecku pobyt na świeżym powietrzu, należy mu je więc dostarczać przez częste przewietrzanie sali i werandowanie (na sali).

Należy jeszcze zwrócić uwagę na jedną z komplikacji, która może powstać w tej chorobie, a mianowicie na **spastyczne porażenie kończyn** górnych lub dolnych. W

takim wypadku, na rękę lub nogę odprowadzoną do normalnej pozycji, zakładamy szynę W ciągu dnia można szynę zdjąć, zrobić masaż porażonej kończyny i na nowo szynę założyć Zabiegi te powtarza się do czasu ustąpienia porażeń. W większych przykurczach stosuje się nawet wyciąg, potem gips. Gdybyśmy zlekceważyły konieczność tych zabiegów, dziecko, wyleczone z zapalenia opon mózgowych, zostałoby kaleką lub musiałoby się po raz drugi położyć na parę miesięcy, aby to kalectwo leczyć.

Jak ważną rolę odgrywa także h i g i e n a p s y c h i c z n a niech służy przykład, który miałyśmy w naszej obserwacji: dziewczynka 5 letnia, podleczona już do takiego stopnia, że sama mogła siadać i jeść, pozostawała jeszcze na sali dzieci ciężko chorych. Na bodźce zewnętrzne reagowała tu tak słabo, że podejrzewano u niej uszkodzenie układu nerwowego. Po przeniesieniu natomiast na salę dzieci - rekonwalescentów, psychiczne jej nastawienie do otoczenia zmieniło się gruntownie, stała się rozmowna i wesoła.

Dzisiaj, po rocznym już pielęgnowaniu dzieci chorych na gruźlicze zapalenie opon mózgowych i leczonych streptomycyną, z głębokim wzruszeniem patrzymy na gramolące się w łóżeczkach maleństwa i na starsze dzieci chodzące, wesołe i rozbawione. Warto było ponieść największy trud, by ujrzeć widok, nigdy dotąd nie oglądany.

Alina Tomaszewska

ZOFIA ŻOŁĘDZIOWSKA
Przew. Sekcji Oddz. W-skiego Z.Z. P.S.Z.

Rola pielęgniarki w przemyśle

NIM przystąpię do cyklu artykułów z pielęgniarstwa przemysłowego, chcę na wstępie i w pierwszym numerze naszego wznowionego pisma pielęgniarskiego uczcić pamięć zmarłej twórczyni pielęgniarstwa przemysłowego, śp. HALINY KRAHELSKIEJ.

Śp. Halina Krahelska po pierwszej wojnie światowej była głównym inspektorem do spraw kobiet i młodocianych w Ministerstwie Pracy i Op. Społ. Była to kobieta wielkiego umysłu i gorącego serca. Kobieta-człowiek, matka i żona. Jako inspektor pracy, miała bezpośredni kontakt z masami robotniczymi. Dzięki tym kontaktom poznała ból i nędzę świata pracy. Widziała niejedną tragedię matki robotnicy, której śmierć wyrwała to co matka ma najdroższego — dziecko. Znała przyczyny tych ludzkich nieszczęść. Znając przyczyny zła, przystąpiła z zaparciem się siebie do walki o zdobycze socjalne, w pierwszym rzędzie troszcząc się o los kobiet w fabrykach. Pierwszym celem, jaki sobie śp. Halina Krahelska postawiła w walce o nowe jutro świata pracy, było umożliwienie robotnicy fabrycznej karmienia dziecka piersią w czasie godzin pracy; doceniała bowiem znaczenie pokarmu naturalnego, tego najważniejszego czynnika w zmniejszeniu odsetka śmiertelności u niemowląt.

Ustawa z dnia 24 lipca 1924 r. w przedmiocie ochrony pracy młodocianych i kobiet została uzupełniona w dniu 11 marca 1927 r. rozporządzeniem o utworzeniu i utrzymaniu żłobków dla niemowląt w zakładach pracy, zatrudniających 100 robotnic. To był jej pierwszy sukces.

W żłobkach przez cały czas pracy matek, przebywać miały niemowlęta w warunkach higienicznych, w odpowiednio urządzonym lokalu, wyłącznie na ten cel przeznaczonym, pod opieką pielęgniarek i lekarza: tam też miało się odbywać karmienie.

Rok więc 1927 jest datą historyczną dla pielęgniarstwa przemysłowego w Polsce — z nią się łączy dalszy jego rozwój.

Pierwszy przyfabryczny żłobek i stacja opieki nad matką i dzieckiem stały się wielką zdobyczą socjalną. Pamiętam żywo moment, w którym miałam przystąpić do zorganizowania pierwszej tego typu placówki bez wzorów i praktyki — ogarnął mnie lęk. Wnikliwe oczy Haliny Krahelskiej ujrzały to, powiedziała z uśmiechem:

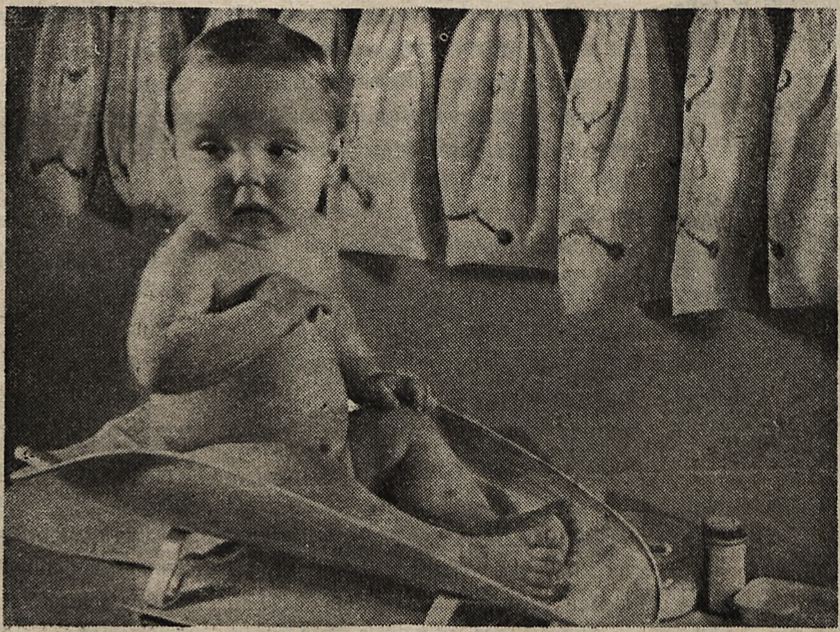
— Puszczam cię na bieżącą wodę, jeśli utoniesz — trudno, wypełnisz zadanie — będziesz szczęśliwa, bo wyrwiesz śmierci niejedno dziecko robotnicze. Ten cel musi ci dodać odwagi do walki i do pracy.

Takiego miałyśmy pierwszego nauczyciela. Całym swym życiem i pracą zagrzewała nas do czynu. Poszłyśmy z nią razem w bój, bój o postęp. Ona była naszym drogowskazem, doradcą, przyjacielem, a praca nasza pielęgniarska była ciężka: nieraz człowiek - pielęgniarka narażona była na utratę pracy. Śp. Halina Krahelska wierzyła w pielęgniarki społeczne, wierzyła, że pierwsze placówki ochrony macierzyństwa zapewnią szerszy i głębszy rozwój profilaktyki i kultury w środowiskach robotniczych. Śp. Halina Krahelska miała do nas zaufanie i do dziś nie zawiodłyśmy jej. Idee, o które walczyła, nie mogły jednak zostać w pełni urzeczywistnione na tle stosunków gospodarczo-społecznych, panujących w Polsce przed wrześniem r. 1939. Idee jej mogły być i zostały wcielone w życie dopiero w Polsce nowej, w Polsce Ludowej. Nie dane jej było oglądać własnymi oczami tych zdobyczy socjalnych — zła i zbrodnicza ręka wtrąciła ją do obozu śmierci i przerwała pasmo tak pięknego i bogatego życia, życia rewolucjonistki.

Brak jej odczuwamy na każdym kroku. Nie ma jej, nie żyje, ale słowa przez nią wypowiedziane do nas w chwilach ciężkich zmagań i załamywań się są dla nas testamentem. My pielęgniarki przemysłowe wiemy, że troski i radości ludzi pracy są naszymi radościami i troskami, bądźmy więc ich przyjaciółmi, nie zapominajmy o tym, bo tak chciała śp. Halina Krahelska, ta która zginęła za wolność i szczęście człowieka pracy.

Zofia Żołędziowska

W ŻŁOBKU FABRYCZNYM



(Foto F. P.)

AMBULATORIUM NA KOŁACH

Reportaż własny „Pielęgniarki Polskiej"



AMBULATORIUM na kołach to odpowiednio wyposażony, specjalny samochód sanitarny Polskiego Czerwonego Krzyża, zwany inaczej ambulansem ruchomym. Taki ruchomy ambulans dociera wszędzie tam, gdzie jest niezbędna pomoc lekarska, a której normalnie nie można uzyskać z powodu braku lekarza, niejednokrotnie w promieniu 50 km. Takich punktów w Polsce mamy jeszcze niestety bardzo wiele, przeto ambulans z personelem lekarskim i pielęgniarskim jest jedynym strażnikiem zdrowotności w danej okolicy.

Oczywiście ambulans nie wyrusza na ślepo. Jego wyjazd poprzedza porozumienie pomiędzy Okręgiem PCK a Wojewódzkim Wydziałem Zdrowia, ewentualnie z innymi jeszcze instytucjami. Mając ustaloną trasę, wyrusza w podróż wraz z przyczepką wyładowaną lekami i odzieżą.

* *
*

Ranek jest mglisty i chmurny, jak zwykle jesienią. Jedziemy gładką szosą wzdłuż złotożółtych wstęg opadłych z drzew liści, gdzieś z boku głucho stuka traktor, tnąc lemieszami bure skiby, wrony leniwie zlatują na bruzdy. Rzadko tu widać dobre i całe zabudowania. Więcej sterczy nadgryzionych przez wichury kominów, pogorzelisk ruin, niż całych domostw. A przecież jesteśmy w sercu Mazowsza, niedawno jeszcze tak bujnego i zasobnego. Lecz tędy przeszła jedna z najokrutniejszych faz wojny, gdzie wróg widząc, że ginie, niszczył przed klęską chudobę oraczów tej ziemi, aby zostawić po sobie tylko śmierć i pustynię. Pozostały po nim rdzewiejące po rowach wraki czołgów, niby powybijane kły jadowitej bestii.

Przy jednym z takich wraków, samochód skręca ostrożnie w boczną drogę, ambulans podrzuca na wybojach, jedziemy ku szczątkom lasku, którego opalone i ostrzelane drzewa dodają smutku krajobrazowi.

Za laskiem jest wieś, cel podróży ambulansu. Kościół, widny z daleka, ma zburzoną wieżycę i załatane na prędce szczerby w murach. Gdzie niegdzie widać świeży dach i nieco nowych poszyć, lecz domów, jest niewiele, a i stodoły należą do rzadkości. U figury spotykamy dziewczynkę w biedniutkim odzieniu. Jest bosa mimo rannego przymrozku i pilnie spogląda ku nam spod daszka dłoni.

— Mała, a gdzie szkoła? — pyta kierowca.

Dziewczynka pokazuje ręką kościół i pędzi przodem, by wskazywać drogę. Bierzemy na stopień małą pasażerkę, ogromnie dumną, że jedzie samochodem. Opowiada nam, że już wszyscy z jej wsi i sąsiednich czekają przed szkołą na ambulans, tak jak przykazali wójt i sołtysi. Na pytanie, czemu chodzi boso w takie zimno, mówi, że obuwie ma jej starszy brat, który poszedł rano do szkoły i odda jej, gdy wróci, aby i ona mogła pójść na drugą zmianę.

A oto i szkoła, długi parterowy barak, typu wojskowego, przed nim tłum kilkuset ludzi. Nie wszyscy potrzebują porady lekarskiej, lecz zebrali się tutaj, aby zobaczyć ambulans PCK, zdobny w międzynarodowy znak miłosierdzia i pomocy.

Ale nie brakuje tu i cierpiących. Uderza przede wszystkim znaczna liczba matek z dziećmi na rękach. Obstępują one lekarza i pielęgniarkę, pytając lękliwie, czy aby będą przyjęte. Dziecko tej choruje na krosty, tamtej — kaszle, innej — ma konwulsje. Lekarz uspokaja. Nie odjedzie dopóty, póki wszystkich nie zbada.

Pierwszeństwo mają matki. Kierowca z pielęgniarką przenoszą z wozu potrzebne instrumenty i leki do, tak zwanej szumnie, kancelarii szkoły. Lekarz rozpoczyna konsultację. Reszta pacjentów oczekuje swojej kolejności z cierpliwością i spokojem, tak charakterystycznym dla mazowieckich chłopów. Wyjrzało blade słońce, swymi promieniami muska pokulonych biedaków.

Wieś jest bardzo uboga i zasługująca na opiekę. PCK spieszy przede wszystkim z pomocą biedocie wiejskiej i małorolnej. Największy tutaj bogacz ma aż 7 mórg piachu i gnieździ się w dawnym schronie. Jego sąsiad, gospodarz 3 morgowy, jest

do doktora, to będziesz zdrów. —

A w ciasnym pokoiku lekarz z pielęgniarką dwoją się i troją; w przenośnym sterylizatorze bulgocze wrzątek, brzęczą narzędzia, unosi się zapach specyfików i chorzy rozsnuwają swe żale, bóle i wyznania.

mni ze zmęczenia, ostatni akt wizyty — rozdawnictwo odzieży, obuwia i wyprawek niemowlęcych. Miejscowy przedstawiciel Samopomocy Chłopskiej, wójt, sołtysi i nauczycielka wskazują najbardziej potrzebujących.

Mała Andzia, która była naszą przewodniczką, dostaje parę trzewików, unosi ze sobą ten dar i pędzi z radosnym okrzykiem: — „mama, mama!!!".

O dobrym mroku ruszamy z powrotem. Odprowadza nas gromada, rzadko padnie słowo, ale ten spontaniczny i tłumny pochód przez ciemność i wyboje wystarczą za najgorętsze podzięki. Za laskiem musimy pospieszyć. Co młodsi biegną wzdłuż drogi, machając czapkami.

— Dziękujemy! — wołają — nie zapomnajcie! —

— Nie zapomnimy!



szczęśliwszy, dostał nieco drzewa i sklecił sobie skromną „budę", gdzie mieszka z rodziną tj. z synową i wnuczętami. Synowie i córki bądź w ziemi, bądź gdzieś w świecie.

— Było źle, ale jest lepiej. Ino, że nogę zaciąłem. —

Rzeczywiście kuleje, rana od siekiery nie chce się goić, ale chyba doktór pomoże.

Blada dziewczyna kaszle i chrypi — pamiątka po obozie. Czeka jak zmiłowania na jakowyś lek, który by przerwał tę, jak mówi „chorość", co się zagnieździła w płucach.

Na uboczu stoi młodzieniec, w naciśniętym na oczy, kaszkiecie. Zapytany, odpowiada półgębkiem, czerwieni się, wzrusza ramionami i chce wreszcie odejść, inny go zatrzymuje.

— Co się wstydzisz? — powiada.
— I tak się wydało. Głupi, idź teraz

A gdy wychodzą po zabiegu, czy poradzie przepowiadają sobie szeptem zalecenia, ażeby czasem czego nie zapomnieć... Układają w pamięci słowa akuratnie, porządkiem, właśnie tak, jak mówił pan doktór i ta pani w bieli.

Minęło południe, doktór i pielęgniarka coś tam przejedli na stojąco, resztę chorych załatwili i przystąpili do badania dzieci szkolnych.

Małe figurki obsiadły ławki, zakrywając wstydliwie chude plecy koszulinami. Lekarz sunie stetoskopem wzdłuż obręczy wystających żeber i obojczyków, siostra zapisuje, nauczycielka objaśnia którzy z uczniów, czy uczennic, nie mają w domu nawet kozy. Najbiedniejsi, najgorzej odżywieni, otrzymują tran w butelkach i unoszą ze sobą oleisty płyn z powagą i dumą.

I już pod wieczór, gdy lekarz i pielęgniarka są nieomal nieprzyto-

*

A teraz nieco liczb. W roku 1947 PCK rozporządzał na obszarze całego kraju 15 ambulansami, miały one ogółem 173 wyjazdy, przejechały 29 150 km, były w drodze 858 dni, a personel ich udzielił 33 496 porad



i przeprowadził 2 850 zabiegów. Liczby za rok 1948 nie są jeszcze kompletne. W roku obecnym PCK rozporządza już 23 ruchomymi ambulansami (w tym: 2 rentgenologiczne,

6 ruchomych klinik, 14 o zaopatrzeniu mniejszym i 1 przeciwweneryczny).

W I kwartale rb. ambulanse te odbyły 101 podróży, pracowały 271 dni, przebyły 13 155 km, personel udzielił 8 580 porad i wykonał 4 500 zabiegów.

Te suche liczby mówią bardzo wiele. Tym, którzy choćby raz wyruszyli z ambulansem w drogę. Ambulans wyjeżdża i pozostaje w terenie nieraz przez tydzień lub więcej. Trzeba nie lada hartu i poświęcenia, aby podołać tej ciężkiej odpowiedzialnej, lecz jakże bardzo owocnej, pracy.

Wiemy, że w Polsce jest mało lekarzy i pielęgniarek, a ci, którzy są — pracują ponad siły. Tym bardziej należy się uznanie lekarzom i pielęgniarkom, pracującym w ambulansach ruchomych. Akcję tę wspiera wydatnie między innymi — wojsko. Lekarze wojskowi z danego Okręgu Wojskowego zgłaszają się ochotniczo i wyjeżdżają w teren z ambulansami.

Rola lekarza, czy pielęgniarki takiego „ambulatorium na kołach" nie kończy się jednak na udzieleniu pierwszej pomocy chorym. Do ważnych zadań należy także przeprowadzanie badań dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, rozdawnictwo leków i środków odżywczych, mydła, a również, w miarę możności, i zapasów: odzieży oraz wyprawek niemowlęcych. Pomocy udziela się wszystkim potrzebującym, z uwzględnieniem szczególnym biedoty wiejskiej. Akcja przede wszystkim skierowana jest przeciwko chorobom społecznym jak: gruźlica, choroby weneryczne, jaglica oraz przeciwko wszawicy i świerzbowi.

Polski Czerwony Krzyż walczy więc, mimo trudności finansowe i brak personelu fachowego, w pierwszych szeregach tej osobliwej bitwy cichej a zaciekłej, o zdrowie wsi, wsi doświadczonej srogo przez wojnę i jej tragiczne skutki.

A. C.



WIZYTA W SZKOLE PIELĘGNIARSTWA

Reportaż własny „Pielęgniarki Polskiej"

PIERWSZA w Polskiej Służbie Zdrowia szkoła awansu społecznego — Szkoła Pielęgniarstwa Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia RP. powstała w 1947 r. w Warszawie, przy ul. Działdowskiej, w budynku Szpitala im. Karola i Marii. Organizując tę Szkołę, Związek pragnął dać możność uzyskania pełnoprawnego dyplomu w swym zawodzie — najzdolniejszym i uspołecznionym pracownicom fizycznym, które posiadając duży zasób doświadczenia, zdobytego podczas pełnienia funkcji personelu pomocniczego, tzw. salowych szpitalnych, bądź pomocy pielęgniarskiej, nie miały podstawowego wykształcenia zawodowego i ogólnego.

Nauka w Szkole Pielęgniarstwa Zw. Zaw. Prac. Służby Zdrowia RP. odbywa się według programu, zatwierdzonego przez Ministerstwo Zdrowia. Ponadto, słuchaczki uczęszczają na kursy ogólnokształcące z zakresu małej matury. Podczas dwuletnich studiów otrzymują od Związku bezpłatnie mieszkanie, wyżywienie, pomoce naukowe i komplety książek. Słuchaczki Szkoły Pielęgniarstwa otrzymują poza tym pełnopłatne i niezmienione pobory z miejsca pracy, które delegowało je do szkoły lub niewielkie stypendia z Min. Zdrowia.

Realizowaniu idei tej szkoły przyświecała myśl podciągania wzwyż dołowych rzesz pracowniczych — w tym wypadku awansu pracownicy fizycznej na wysoce kwalifikowaną siłę fachową — co jest jednym z postulatów polityki społecznej państwa ludowo - demokratycznego — oraz częściowe wypełnienie luki, powstałej w zawodzie pielęgniarskim na skutek **wojny.**

PRZEDE WSZYSTKIM DOBRO CHOREGO...

Następnie odpowiada ob. S. P. — dawna pracownica fizyczna szpitala powiatowego w Szczecinku. Mówi w dalszym ciągu o niezbędnych cechach pielęgniarki: „Sumienność i prawość charakteru, uprzejmość i bezinteresowność. **A przede wszystkim troska o dobro chorego".**



Rada Szkolna w gronie uczennic

WSPÓŁPRACA, LOJALNOŚĆ, UPRZEJMOŚĆ...

Przed salą wykładową w Szpitalu im. Karola i Marii siedzi w skupieniu grupka kilkunastu dziewcząt, czekających na egzamin. Pyta dziś dyrektorka szkoły ob. Janina Szybińska z przedmiotu: z a g a d n i e n i a z a w o d o w e. Udajemy się na salę razem ze słuchaczkami.

Pierwsza odpowiada ob. H. N., która pracowała na Oddziale chirurgicznym w Szczecinie, pełniąc obowiązki pielęgniarki salowej.

Opanowanym głosem, w którym wyczuwa się znajomość przedmiotu — zapytana udziela odpowiedzi: „Ścisła współpraca, lojalność w stosunku do kolegów i instytucji, znajomość regulaminu — oto jedne z zasadniczych cech; nieodzownych do sumiennego wypełniania pracy pielęgniarki". —

Słuchając tych odpowiedzi, nabiera się przeświadczenia, że te młode kobiety będą pracowały w przyszłości z dużym zrozumieniem i umiłowaniem swego zawodu, że pojmują jego doniosłość i znaczenie społeczne.

.. A NA RAZIE DUŻO PRACY

Wracamy z sali egzaminacyjnej na korytarz, gdzie słuchaczki z niecierpliwością oczekują swej kolejki. Ich twarze są skupione, rozognione oczy świadczą o przejęciu. Pragną zdać egzamin, zdobyć dobry stopień — wejść na następny szczebel drabiny społecznej. Uczą się przecież 5 do 6 godzin w Szkole Pielęgniarstwa, potem na kursach ogólnokształcących, a w bursie związkowej, przy ul. Al. Stalina nr 22, odrabiają lekcje do późnej nocy. Są takie zapracowane, że nawet nie mogą często skorzystać ze świetlicy, gdzie codziennie czekają na nie pisma i tygodniki ilustrowane. Niestety, dla nich — doba ma za mało godzin.

POZOSTAJĄ TYLKO NAJZDOLNIEJSZE

Korzystając z przerwy egzaminacyjnej pytamy ob. dyr. Szybińską, czy zadowolona jest ze swych uczennic? — „To prawdziwe entuzjastki pracy — jestem dla nich pełna uznania". Niestety — nie wszystkie, mimo dobrych chęci, mogą podołać wymaganiom.



Obecna siedziba szkoły — szpital im. Karola i Marii (Foto F. P.)

Z przyjętych w listopadzie 1947 roku — 45 słuchaczek z Warszawy i miejscowości podstołecznych pozostało zaledwie 25 najzdolniejszych i najbardziej pracowitych. Pracy mają rzeczywiście wiele. Na II kurs przybyło w maju br. 47 kandydatek z całej Polski, ale i spośród tych prawdopodobnie nie wszystkie opanują należycie przedmioty i część z nich odpadnie podczas egzaminów.

*

Na jesieni roku bieżącego Związek przystąpił do budowy nowego gmachu Szkoły Pielęgniarstwa, która mieścić się będzie w jednym z pawilonów Szpitala Św. Ducha na



Lekcja anatomii

Czystem. Ukończenie budowy nowej siedziby Szkoły Związkowej projektowane jest pod koniec roku. A wtedy rozpocznie się III kolejny kurs, na który będzie przyjętych około 60 nowych słuchaczek z całego kraju.

*

Opuszczamy Szkołę Pielęgniarstwa. Żegnają nas serdecznie przyszłe dyplomowane pielęgniarki, podkreślając wielką wdzięczność dla Związku i dla ustroju demokratycznego, dającego im możność osiągnięcia ongiś niedostępnego społecznego awansu.

(is)

Z notatnika pielęgniarki

Penicylina

Penicylina jest stosowana przede wszystkim w chirurgii, do leczenia zakażeń ran i tkanek, wywołanych przez gronkowce, paciorkowce, prątki tężca i zgorzeli gazowej. Stosuje się ją także przy zapaleniu płuc, przy błonicy, płonicy, wągliku, rzeżączce, kile, przy zapaleniu opon mózgowych, przy durze powrotnym, różycy świńskiej i promienicy.

W lecznictwie używana jest sól sodowa lub wapniowa penicyliny w roztworze wodnym lub w postaci emulsji oleistej. Czysta penicylina ma wygląd charakterystycznych iglastych kryształków, żółta jej barwa zależy od różnych domieszek.

Dawkuje się penicylinę w jednostkach oksfordzkich, przy czym za jednostkę oksfordzką uważa się tę najmniejszą dawkę penicyliny w 50 cm^3 bulionu, która hamuje rozwój gronkowca złocistego.

W sprzedaży znajduje się penicylina w opakowaniach po 100 000, 200 000, 500 000 i 1 milion jednostek w sterylizowanych buteleczkach z gumowym korkiem; jest gotowa do użytku bez uprzedniej sterylizacji.

Penicylina bardzo łatwo traci swą aktywność w wysokiej temperaturze, dlatego należy przechowywać ją w lodówce w temperaturze poniżej 10 st. C. Zwłaszcza roztwory penicyliny są niezmiernie wrażliwe na ciepło, dlatego należy rozpuszczać ją bezpośrednio przed zastosowaniem. Rozpuszczamy ten lek zwykle w wodzie destylowanej, fizjologicznym roztworze soli kuchennej lub w 5% rozczynie glukozy w takim stosunku, aby otrzymać 5 lub 10 tysięcy jednostek penicyliny, a więc 100 000 jednostek rozpuszcza się w 10 lub 20 cc płynu.

PODAWANIE

Penicylina jest lekiem zupełnie nietrującym dla ludzi. Wprowadzona do organizmu, szybko zostaje wydalona z moczem (w ciągu 3 godzin). Dlatego też penicylinę należy wstrzykiwać regularnie co 3 godziny, aby utrzymać jej wysoki poziom w tkankach chorego. Stosowanie zbyt małych dawek penicyliny, albo podawanie nieregularne może spowodować uodpornienie zarazków na ten lek, a wówczas nawet duże dawki penicyliny przestają działać.

Penicylinę wstrzykuje się domięśniowo, rzadziej dożylnie. Penicylina wstrzyknięta podskórnie działa niepewnie i powoduje silny ból, tego więc sposobu wstrzykiwania nie stosujemy. Nie podaje się również penicyliny doustnie, lub doodbytniczo, rozkłada się bowiem po zetknięciu z sokami trawiennymi. Można też penicylinę stosować do jam stawowych, do jam ciała, do ropni. Stosuje się też penicylinę w postaci zasypek, maści, okładów, lub do inhalacji za pomocą specjalnych aparatów.

Technika wstrzykiwań: bezpośrednio przed zabiegiem zmyć korek gumowy spirytusem lub eterem, nabrać do strzykawki trochę powietrza, przekłuć korek jałową igłą, wprowadzić powietrze do fiolki i naciągnąć do strzykawki oznaczoną ilość roztworu. Wyciągnąć igłę i zmienić ją na czystą.

S. M. Ż.

KRONIKA

Z kraju

W r. 1947 w czerwcu, lipcu i sierpniu odbył się w Łódzkiej Szkole Pielęgniarstwa 3-miesięczny kurs pedagogiczny dla pielęgniarek dyplomowanych, które pracują jako instruktorki w szkołach.

Od 15. IV. do 22. VII. 1948 r. był prowadzony w Warszawie kurs dla instruktorek pracy społecznej, ukończyło go 20 koleżanek, zdało egzamin końcowy 18.

Obydwa wyżej wspomniane kursy są pierwszą w Polsce próbą szkolenia w zakresie specjalizacji dla absolwentek szkół pielęgniarstwa.

*

W sierpniu br. bawiła w Polsce, jako gość Ministerstwa Zdrowia, przedstawicielka do spraw pielęgniarskich Fundacji Rockfellera, Miss Brackett Elisabeth.

Celem wizyty Miss Brackett było poznanie kandydatek na stypendia Fundacji Rockefellera i nakreślenie planów przyszłej współpracy.

Jednym z warunków uzyskania stypendium jest dobra znajomość języka kraju, do którego nastąpić ma wyjazd, bez tej znajomości niemożliwe jest skorzystanie z regularnych wykładów, ćwiczeń, zwiedzań i konferencji, w których stypendystki biorą udział.

Miss Brackett bawiła w Polsce tydzień, odbyła podróż do Krakowa, Tarnowa, Nowego Sącza, Siemianowic, Zabrza, Wrocławia. Zwiedziła Szkoły Pielęgniarstwa oraz cały szereg szpitali i ośrodków w tych miejscowościach.

Miss Brackett, która bawiła w Polsce po raz pierwszy w marcu 1947 r., w czasie swego obecnego pobytu niejednokrotnie podkreślała z wielkim uznaniem ogromny postęp, jaki zauważyła na każdym kroku, zarówno w dziedzinie ogólnej gospodarki państwowej jak i na odcinku pielęgniarstwa.

J. I.

*

Dnia 19 października rb. nastąpiło w Szczecinie uroczyste otwarcie, 5 z kolei, Szkoły Pielęgniarstwa PCK.

Jest to pierwsza Szkoła Pielęgniarstwa na Pomorzu Zachodnim.

W uroczystości otwarcia Szkoły wzięli udział przedstawiciele: Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Obrony Narodowej, władz wojewódzkich, Zarządu



Głównego i Okręgu Polskiego Czerwonego Krzyża oraz licznie zebrani przedstawiciele społeczeństwa szczecińskiego.

Bezpośrednia bliskość szpitala PCK, będącego jednocześnie siedzibą Akademii Lekarskiej, wysoki poziom naukowy wykładowców, dobre warunki sanitarne w nowoodremontowanym budynku Szkoły — wszystko to winno zapewnić kadrom słuchaczek wysoki poziom wyszkolenia zawodowego i jak najlepsze samopoczucie w czasie nauki.

*

W najbliższym czasie nastąpi uroczyste otwarcie 6 Szkoły Pielęgniarstwa PCK — w Nowym Sączu, w której wykłady trwają już od dnia 1. IX. br.

Echa obrad

W dniu 11 października br. w sali konferencyjnej Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia R. P. odbyło się miesięczne zebranie Sekcji Pielęgniarstwa Oddziału Warszawskiego Zw. Zaw. Prac. Sł. Zdr.

Zebranie odbyło się przy szczelnie zapełnionej sali, a wartki bieg obrad, szeroka dyskusja, w której poruszono wiele ciekawych i palących spraw na odcinku zawodu pielęgniarskiego, nadały zebraniu charakter wielce ożywiony.

Na wstępie obrad, przewodnicząca Sekcji, kol. Zofia Żołędziowska przypomniała zebranym, że dnia 16. III. 1947 r. na Walnym Zebraniu członkiń, na miejsce ustępującego Zarządu z przewodniczącą kol. Szybińską Janiną, wybrany został nowy Zarząd w składzie następującym: Przewodnicząca ob. Z. Żołędziowska; Vice-przewod. ob. Poznańska; Vice-przewod. ob. Wilkońska; Sekretarka ob. Witkowska; Skarbniczka ob. Topolska.

Ob. Witkowska z uwagi na brak czasu ustąpiła ze stanowiska sekretarki, a w dn. 5. V. 47 na zebraniu jednogłośnie została wybrana kol. Stefania Kukówna.

Następnie przewodnicząca zdała sprawozdanie z działalności Sekcji za okres od 16. III. 1947 do 10. X. 1948. Sprawozdanie dotyczyło: 1) zrealizowanej części planu, zakrojonego przez Zarząd Sekcji, 2) części niezrealizowanego planu oraz niedociągnięć pracy Zarządu.

Jak wynikało ze sprawozdania, od dnia 16. III. 47 do dn. 10. X. 48 zostało zarejestrowanych 201 członkiń, co łącznie z poprzednim okresem (do marca — 260 członkiń) daje liczbę 461 członkiń. Każda z zarejestrowanych członkiń posiada kartę indywidualną z zaznaczeniem wykształcenia, wyszkolenia zawodowego, praktyki itp.

Za okres sprawozdawczy odbyto 12 zebrań zwykłych z członkami Sekcji i 19 zebrań Zarządu w pełnym składzie.

Celem realizacji zadań, jakie postawił sobie Zarząd Sekcji na odcinku dokształcania zawodowego i społeczno-wychowawczego, powołano Komisję Doradczą w składzie: kol. kol. Antonowiczowa, Iżycka, Lankajtes, Łyżwańska, Suffczyńska, Szybińska, Wachowska i S. Żurawska.

W ramach planu Komisji wygłoszono 9 referatów na tematy zarówno zawodowe jak i społeczne.

W dalszym ciągu swego sprawozdania kol. Żołędziowska referowała dalsze poszczególne osiągnięcia Sekcji, jak organizowanie imprez, akcje społeczne i kulturalne.

Kończąc I część swego sprawozdania, przewodnicząca Sekcji zawiadomiła

zebrane koleżanki o dwóch ważnych osiągnięciach Sekcji, a mianowicie: o przyczynieniu się do wznowienia pisma „Pielęgniarka Polska" oraz o uzyskaniu lokalu na sekretariat Sekcji i salę zebrań. Kol. Żołędziowska złożyła podziękowanie Zarządowi Zw. Zaw. Prac. Sł. Zdr. za uzyskany lokal i meble.

Przechodząc do II części sprawozdania, kol. Żołędziowska omówiła bolączki i niedociągnięcia organizacyjne Zarządu Sekcji, m. in. wymieniła trudności, nasuwające się przy organizacji spółdzielni pracy pielęgniarek.

Dalsze zagadnienia, które nie zostały dotąd definitywnie załatwione, a które znajdują się w szeregu żywo dyskutowanych spraw na zebraniach Zarządu, to.

a) sprawa polepszenia bytu pielęgniarek,

b) ucieczka pielęgniarek od zawodu,

c) obniżenie wysługi lat potrzebnych do emerytury z 35 do 25 lat,

d) przedłużenie urlopu z 1 mies. na 6 tygodni dla pielęgniarek, zatrudnionych na gruźlicy i chorobach zakaźnych,

e) wyższe stawki za pracę nocną w szpitalach,

f) utworzenie podsekcji dla kandydatek do zawodu pielęgniarek i piastunek,

g) sprawa opłacania składek w kilku Zw. Zawodowych,

h) sprawa mundurów pielęgniarskich.

Na zakończenie referatu sprawozdawczego kol. Żołędziowska omówiła wagę przywileju, jaki dała nam Polska Ludowa, stawiając nasz zawód w szeregach zawodów samodzielnych.

Apelem, ażeby każda polska pielęgniarka dała wyraz swym społecznym aspiracjom, swojej postawie wobec nowego nurtu postępu, kol. Żołędziowska sprawozdanie zakończyła.

Kol. W. Lankajtes podziękowała kol. Żołędziowskiej w imieniu członkiń Sekcji za wydatną i owocną pracę zarówno na polu organizacji jak i samej działalności Sekcji.

*

Sprawozdanie kasowe złożyła kol. Topolska.

W toku dyskusji wyłoniło się zagadnienie zbyt niskich składek członkowskich. Postanowiono jednak zasadniczej sumy składki (20 zł) nie podwyższać, apelować jednak o dobrowolne zwiększenie opłat, zależnie od możliwości finansowych członkiń.

Przewodniczący, obecnego na sali obrad, Prezydium Oddziału Warszawskiego Zw. Zaw. Sł. Zdr. ob. Krajzer w przemówieniu do zebranych, apelował o czynny udział pielęgniarek w życiu społecznym Polski.

W odpowiedzi swemu przedmówcy, kol. Żołędziowska dała wyraz wiary w pełne zrozumienie, jakie znajdują u koleżanek zagadnienia społeczne i zwróciła się z apelem, ażeby członkinie Sekcji zgłaszały swój udział w pracy na tym polu.

A. B.

KRONIKA

ZAWIADOMIENIE

Biuro Sekcji Pielęgniarstwa Oddziału Warszawskiego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia urzęduje we wtorki i soboty, od godz. 17 do 19 w lokalu Zw. Zawodowego Prac. Służby Zdrowia, przy Al. Stalina Nr 22, III p.

Z e b r a n i a członkiń Sekcji Pielęgniarstwa odbywać się będą w pierwszy poniedziałek każdego miesiąca lub w następny, o ile w pierwszy poniedziałek wypada święto. Zebranie Sekcji Pielęgniarstwa w listopadzie odbędzie się dn. 8 listopada o godz. 16.

Z zagranicy

ZSRR.

W ZSRR istnieje 600 średnich szkół medycznych z kursem 3- lub 2-letnim. Te ostatnie odpowiadają Szkołom Pielęgniarstwa w Polsce. Po ukończeniu szkoły i po upływie roku pracy zawodowej, absolwentki mogą przystąpić do egzaminu państwowego.

Dnia 31. 12. 1947 Ministerstwo Zdrowia ZSRR wydało rozporządzenie o kursach dla eksternów, które dają prawo do składania egzaminu państwowego celem uzyskania dyplomu. Dyplom ten jest równorzędny z dyplomem, wydawanym przez średnie szkoły medyczne.

Warunkiem przyjęcia na kurs jest ukończenie 7 klas szkoły średniej ogólnokształcącej i 2-letnia praktyka w zawodzie. Po zakończeniu kursu następuje egzamin państwowy przy jednej ze średnich szkół medycznych.

USA.

W stanie Arkansas, o typie wybitnie rolniczym, wypada 1 lekarz na 11 000 mieszkańców, a pożądany jest stosunek: 1 lekarz na 1000 mieszkańców. Liczba pielęgniarek też nie jest dostateczna. W szpitalach pracują pomocnicze, niewyszkolone siły. Ludność wiejska, mając nawet możliwości leczenia, zbyt późno zwraca się o pomoc lekarską i często do szpitali przywozi się pacjentów już w stanie beznadziejnym.

*

W mieście Minnesota rozpisano ankietę, mającą na celu wykazanie, który spośród wymienionych 29 zawodów jest najodpowiedniejszy dla kobiet. Odpowiedzi na tę ankietę wykazały, że pierwsze miejsce przyznano zawodowi lekarki, drugie pielęgniarki, a dopiero szóste zawodowi nauczycielki.

ANGLIA

Międzynarodowy Kongres Pielęgniarek odbędzie się w Sztokholmie w dniach od 12 — 16 czerwca 1949. Biuro i Sekretariat Międzynarodowej Rady Pielęgniarek mieści się obecnie w Londynie; adres 19 Queen's Gate. London S. W. 7.

CZECHOSŁOWACJA

Z początkiem roku 1948 Czechosłowacki Czerwony Krzyż otworzył nową Szkołę Pielęgniarską w miejscowości Teplice - Sanov, w północnej części kraju. Jest to druga szkoła pielęgniarstwa, utworzona przez Czerwony Krzyż Czechosłowacki, od chwili zakończenia wojny. Pierwsza szkoła mieści się w Pradze.

W księgarniach i kioskach

„FLORENCJA NIGHTINGALE I ZOFIA SZLENKIERÓWNA".

Prof. Dr Wł. Szenajch

str. 124 cena 250 zł

Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy 1946.

Książka niezwykle zajmująca i pożyteczna, zwłaszcza dla pielęgniarki, w szczupłych ramach zawiera ogromnie bogatą treść: życiorys Florencji Nightingale — twórczyni nowoczesnego pielęgniarstwa, opis jej wielkiej pracy i walki, wspomnienie o Zofii Szlenkierównie, zwanej „Polską Nightingale", oraz rozdział poświęcony zasadom pielęgniarstwa, a stanowiący wskazania dla pielęgniarek i tych, co mają zamiar poświęcić się pielęgniarstwu. Poprzez charakterystykę działalności postaci wymienionych w tytule i poprzez „Zasady Pielęgniarstwa" przewija się sugestywnie idea społecznictwa która nadaje książce w dobie obecnej szczególną wartość i zmusza do wielokrotnego odczytywania pewnych fragmentów i głębokiej refleksji.

Florencja Nightingale jest wielką postacią w dziejach cywilizacji.

„Celem jej życia było stworzenie dobrych warunków higienicznych i społecznych dla wszystkich oraz jak najlepszej pomocy szpitalnej i opieki pielęgniarskiej dla chorych i rannych".

Cel ten realizowała przez całe swoje życie walką i pracą. Ona pierwsza doceniła rolę sztuki pielęgnowania chorych i uczyniła pielęgniarstwo, będące dotąd zajęciem przypadkowym i pogardzanym, zawodem, dla którego zbudowała fundamenty, sięgające daleko w przyszłość.

Zofia Szlenkierówna, wierna ideałom i wskazaniom Florencji Nightingale, położyła wielkie zasługi w dziedzinie pielęgniarstwa polskiego. „W poczuciu potrzeby społecznej" — oto jej słowa — by zapewnić opiekę pielęgniarską i pomoc szpitalną chorym dzieciom, ufundowała w 1913 roku szpital dla dzieci im. Karola i Marii, a jako miejsce dla szpitala wybrała Wolę, fabryczne przedmieście Warszawy.

Doskonale przygotowana i wykształcona, Zofia Szlenkierówna, doświadczenie swoje, zdobyte długoletnią pracą i ciągłym pogłębianiem wiedzy, przekazywała nowym pokoleniom pielęgniarek w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa, której kierowniczką była przez szereg lat.

*

HIGIENA PRACY — WCZASÓW — SNU

Dr med. i fil. Łucjan Dobrowolski, str. 104. Spółdzielnia Wydawnicza „Książka".

Biblioteka Komisji Centralnej Związków Zawodowych w Polsce.

Temat tej ciekawej książki ujmuje całość naszego życia codziennego, z punktu widzenia higieny. Całość, bo przecież właśnie te 3 składniki wypełniają nam każdy dzień.

W sposób przystępny i wyczerpująco zostały tu podane czytelnikowi wszystkie niebezpieczeństwa, które mu nieustannie grożą, a na które nie zwrócił dotąd należytej uwagi, mimo że one właśnie przyczyniają się głównie do przedwczesnego wyczerpania sił, starzenia się, chorób i śmierci.

Autor omawia czynność poszczególnych narządów ciała, narażonych w czasie pracy, wyjaśnia istotę zmęczenia i wyczerpania, porusza zagadnienie chorób zawodowych i ich zwalczanie.

Wczasy to odpoczynek. Dowiadujemy się o racjonalnym zużytkowaniu wczasów dnia powszedniego, niedzielnych i urlopowych. Poznajemy właściwy pożytek z dobrze pojętego odpoczynku i społeczne znaczenie racjonalnej ochrony zdrowia ludzi pracujących. **W. L.**

Przegląd prasy zagranicznej

„MEDICINSKAJA SIESTRA", **lipiec 1948. Siostra Medyczna, odpowiada polskiemu wyrazowi — pielęgniarka. Miesięcznik o objętości 30 stron, wydawany w Moskwie, przez Ministerstwo Zdrowia ZSRR.**

„Pielęgniarka w Kołchozach i w rolnych brygadach pracy", N. I. Szangin. Według autora przed pielęgniarką, pracującą na wsi stoją trzy zadania; a mianowicie:

1. udzielanie pomocy ludności wiejskiej w razie nieszczęśliwych wypadków oraz pielęgnowanie w chorobie;
2. zapobieganie chorobom oraz czuwanie nad higieną pracy i otoczenia;
3. organizacja kursów sanitarnych i pierwszej pomocy.

Ponadto pielęgniarka w kołchozach nadzoruje dzienne żłóbki, zakłada punkty sanitarne, troszczy się o dostarczanie dobrej wody do picia dla robotników rolnych, oraz bierze czynny udział w życiu wsi.

Okazało się, że kołchozy, które miały pielęgniarkę, wykazywały znacznie mniejszą liczbę dni chorobowych pracowników rolnych, aniżeli sąsiednie, które nie zatrudniały pielęgniarki.

„Odżywianie w szpitalu i rola dietetyczek" F. L. Szabad, pielęgniarka.

„O dwustopniowym systemie opieki nad chorymi w 5 Sowieckim Szpitalu w Moskwie" K. I. Poczuczajewa, pielęgniarka.

W roku 1947 wprowadzono w tym szpitalu 2-stopniowy system opieki, polegający na tym, że chorzy pozostają pod opieką lekarzy i pielęgniarek. Dawny system 3-stopniowy zatrudniał ponad to sanitariuszy i sanitariuszki, którzy częściowo pielęgnowali chorych, wykonując łatwiejsze zabiegi pielęgniarskie.

„Pielęgniarka - wychowawczyni w sanatoriach dziecięcych" Dr P. D. Tambowcew, lekarz naczelny sanatorium w Teriokach. Artykuł mówi o pracy pielęgniarek w sanatoriach dziecięcych, która polega nie tylko na opiece pielęgniarskiej, lecz również na zajęciach pedagogicznych i higienicznych.

Poza tym w numerze:

„Leczenie dzieci słońcem" E. D. Zabłudowskaja, kand. med. Artykuł o pożyteczności kąpieli słonecznych i powietrznych dla niemowląt i dzieci.

„Prof. A. A. Ostroumow" A. G. Łusznikow. Biografia jednego z najwybitniejszych profesorów i uczonych radzieckich.

„Psychika chorych chirurgicznych a obowiązki pielęgniarki" A. O. Pietuchowa, pielęgniarka.

Przy końcu numeru znajdujemy kronikę, recenzje książek, zawiadomienia i sprawozdania z zebrań.

„MIĘDZYNARODOWY BIULETYN PIELĘGNIARSKI" **Nr 2, 1948. Organ Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, kwartalnik, wydawany w Londynie, w języku angielskim.** Przynosi między innymi list świeżo mianowanej Generalnej Sekretarki Stowarzyszenia, Daisy C. Bridges.

„PIELĘGNIARSTWO SPOŁECZNE" **(Public Health Nursing) Nr 7, 1948. Miesięcznik wydawany przez Narodowe Stowarzyszenie Pielęgniarstwa Społecznego w Stanach Zjednoczonych.**

„Pielęgniarka społeczna w walce z rakiem" M. Fergusson, dypl. piel.

Przegląd prasy zagranicznej

„Nowe kierunki w badaniu raka" Dr G. M. Wilcoxon.



Nasza Korespondencja

NADSYŁAJCIE DO **„KRONIKI"** wiadomości z terenu waszej pracy

Otwieramy dział „Listów do Redakcji", który ma zawierać odpowiedzi na nadesłane zapytania naszych Czytelników. Listy powinny być podpisane imieniem i nazwiskiem oraz opatrzone dokładnym adresem nadawcy (do wiadomości Redakcji). Prosimy o czytelne pismo i podawanie znaków, lub pseudonimów, pod którymi Czytelnicy chcą otrzymać odpowiedź. Listy prosimy kierować na adres: Redakcja czasopisma „Pielęgniarka Polska", Warszawa, Al. J. Stalina, Nr 22, m. 5.

Na listy anonimowe odpowiadać nie będziemy.

REDAKCJA



PRAWNIK ODPOWIADA

OD REDAKCJI

W celu stałego informowania Czytelników o obowiązującym ustawodawstwie z dziedziny pielęgniarstwa, Redakcja będzie zamieszczać artykuły, omawiające zagadnienia prawne. Jednocześnie udzielać będzie odpowiedzi na pytania w sprawach, które budzą wątpliwości prawne lub nasuwają trudności przy wykonywaniu zawodu.

Listy należy kierować na adres: Redakcja czasopisma „Pielęgniarka Polska" Warszawa, Al. Stalina nr 22 m. 5 „Prawnik odpowiada".



Wolna Trybuna

Rubryka ta, którą wprowadzamy pod nazwą „Wolna Trybuna" stwarza dla szerokich rzesz pielęgniarek polskich płaszczyznę wymiany myśli, projektów, opinii, życzeń, postulatów i skarg.

Każdy zawód ma swoje złe i dobre strony. Każda z nas ma swoje troski, kłopoty, chwile zniechęcenia, jak również i chwile radości. „Pielęgniarka Polska" jest naszym pismem, każda z nas może więc i powinna dzielić się odważnie dręczącymi ją sprawami, wskazywać sposoby poprawy istniejących niewątpliwie złych stron zawodu, które da się być może usunąć i złagodzić dopiero wówczas, gdy się je pozna i wyświetli.

Piszcie więc! Wolna Trybuna ma zbliżyć, związać i przekonać o wspólnocie, która łączy solidarnie wszystkie pielęgniarki polskie i te z wielkiego miasta, z dużego szpitala i te ze wsi i te z ośrodków i te,co dźwigają o wiele cięższą odpowiedzialność na swych barkach, pozbawione możności zasięgnięcia rady zarówno w sprawach zawodu, jak i wszelkich innych zagadnieniach życiowych. Mamy nadzieję, że Wolna Trybuna spełni to zadanie, dając tym dowód słuszności i celowości swego istnienia.

REDAKCJA

TREŚĆ

SOMMAIRE

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5. Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: poniedziałki, środy, piątki 13—17. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Mokotowska 14 PCK. telefony: 8-32-96, 7, 8, i 8-32-78, 9. Czynna w godz.: 9—11. KONTO PKO.: Nr I-4529 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: 40,— zł, kwartalna 120,— zł, półroczna 240,— zł, roczna 480,— zł. CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 40 000 zł, ½ str. 25 000 zł, ¼ str. 15 000 zł, ⅛ str. 10 000 zł, 1/16 str. 7 000 zł, 1/32 str. 5 000 zł. Z.G.„P.W." 11.48. Nr1232. 10 000. W-13421